Przegiąd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

**Redakcyja:**
Ulica Grodzka Nr. 73.

**Administracyja:**
Ulica Podwale Nr. 84.

**Ekspedycyja miejscowa:**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

**Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.**

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia sp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

| Przedpłata wynosi: | | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|---|
| | Rocznie | 8 złr. 80 c. | 6 rsr. | 16 mk. | 24 fr. |
| | Półrocznie | „ 4 „ 40 „ | „ 3 „ | „ 8 „ | „ 12 „ |
| | Kwartalnie | „ 2 „ 20 „ | „ 1½ „ | „ 4 „ | „ 6 „ |

Kraków, 23 kwietnia 1881. № 17. Rok XX.



†

## STANISŁAW JANIKOWSKI.

Niestety zawiodła nas nadzieja, a nad wszelki wyraz gorliwe starania pierwszych praktyków naszych i poświęcenia pełne zabiegi młodszych kolegów i kandydatów medycyny pozostały płonnemi i nie zdołały ocalić życia drogiego dla rodziny, a tak zasłużonego dla piśmiennictwa naszego. Śmierć nieubłagana wyrwała w sile wieku z grona naszego Kolegę zacnego, który do ostatniéj chwili pracował na pożytek kraju i stanu lekarskiego. Ciężka a zdradliwa choroba zastała go wśród prac przygotowawczych dla Zjazdu III lekarzy i przyrodników polskich i starań około Słownika lekarskiego; już gorączkując zajmował się jeszcze korektą Słownika, a zmuszony poddać się chorobie i jakby przeczuwając jéj koniec smutny złożył akta Zjazdu w ręce godne, aby nie stać się choć niewinnym powodem zwichnienia lub opóźnienia Zebrania, do którego tyle przywiązywał wagi. Jeszcze przed nie wielą dniami pocieszaliśmy się nadzieją, że bieg choroby stanie się pomyślniejszym, — ból wywołany tym nagłym ciosem, którego doznało grono lekarskie nasze, ból, który zapewne razem z nami odczuwać będą koledzy we wszystkich ziemiach polskich, wytrąca nam pióro z ręki i nie dozwala szerzyć się nad licznemi zasługami zmarłego; zasługi te znajdą wyraz swój w tygodniku naszym, jak skoro tylko ochłoniemy z pierwszego wrażenia tak bardzo bolesnego. Na teraz ograniczamy się do złożenia hołdu zacnéj pamięci kilkoletniego Redaktora Przeglądu Lekarskiego, koło którego niezaprzeczone położył zasługi, a wieniec, który Komisyja Redakcyjna uchwaliła złożyć na trumnie byłego Redaktora, niechaj będzie skromnym wyrazem uznania, którego nikt z lekarzy polskich, dbały o piśmiennictwo ojczyste, nie odmówi świeżo zgasłemu, niezmordowanemu pracownikowi.

## I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

### Przyczynek do kazuistyki chorób chirurgicznych przewodu pokarmowego.

Opracował Dr. Schramm.

Z pomiędzy licznych przypadków chorób chirurgicznych przewodu pokarmowego, leczonych w klinice prof. Bryka, przytaczam kilka ważniejszych, objaśniając je uwagami praktycznemi. Nim jednak przystąpię do rzeczy, spełnić mi wypada miły obowiązek i podziękować Wnemu Prof. Brykowi za łaskawe udzielenie mi własnych swoich historyj chorób, tyczących się przypadków, leczonych w klinice w latach dawniejszych.

Już sam początek przewodu pokarmowego jest często siedzibą chorób, do usunięcia których potrzebna jest ręka chirurga. Z pomiędzy nich jednak wezmę pod uwagę jedynie ciała obce, jakie utkwić mogą już na samym wstępie do dróg pokarmowych. Mam tu na myśli przednią ścianę przełyku tuż pod kością gnykową. W miejscu tém znajduje się jak wiadomo, fałd błony śluzowéj, tworząc dołek czołenkowaty, zwany także dołkiem krtanio-połykowym (*fossa navicularis s. f. laryngopharyngea*). Otóż w dołku tym utkwić mogą ciała obce, zwłaszcza jeżeli ostre lub zębate ich końce zahaczą się o wystający fałd błony śluzowej. Jako wybitny przykład tego rodzaju opiszę przypadek następujący:

K a w a ł e k  s z k ł a  z n a c z n y c h  r o z m i a r ó w,  t k w i ą c y  w  d o ł k u  k r t a n i o - p r z e ł y k o w y m,  w y d o b y c i e  g o  p r z e z  j a m ę  u s t,  w y z d r o w i e n i e.

Siwek Jan, lat 32 liczący, wieśniak z Tyńca, przedstawił się w klinice w październiku 1871 r. podając, że poprzedniego dnia połknął kawałek szkła znajdujący się w podanéj mu na wieczerzę kaszy. Z obawy, aby szkło tkwiące w połyku nie połamało się, wstrzymał się S. od dalszego jedzenia, również przez noc całą zachowywał się jak najspokojniéj, unikając wykonywania wszelkich ruchów połykowych. W chwili przybycia do kliniki skarżył się S. na

ból kłujący w okolicy kości językowéj, rozszerzający się ku stronie lewéj szyi. Badanie palcem przy mocno obniżonéj szczęce dolnéj wykazało obecność ciała obcego, którego brzeg ostry, dający takie samo uczucie, jak krawędź szyby szklanéj, wyczuć można było tuż pod lewym rogiem kości gnykowéj. Brzeg ten skierowany na lewo wymacać się dał aż do lewego brzegu nagłośni, jednak dolnego końca ciała obcego nie można było dosiągnąć palcem, mimo, że gładka powierzchnia tego ciała obmacać się dała na dość znacznéj przestrzeni. Po mocném obniżeniu szczęki dolnéj za pomocą rozwieracza i wyciągnięciu języka jak najbardziéj ku przodowi i ku stronie prawéj kleszczami Musieux'go wprowadził prof. Bryk lewy palec wskazujący aż do ciała obcego; pod przewodnictwem tego palca założył następnie kleszcze połykowe, otwierające się z przodu ku tylowi i polecając choremu jak największy spokój i wstrzymanie się od wszelkich ruchów połykowych, ujęto ciało obce kleszczami i po kilku ostrożnych ruchach wahadłowych wydobyto odłamek szkła w całości. Odłamek ten był 9cm. długi, koniec zwrócony ku żołądkowi był 2.7cm. szeroki, od połowy zaś długości brzegi odłamka zbiegały się łukowato w ostry koniec, który właśnie zahaczył się pod kością gnykową obok lewego brzegu nagłośni. Krwotoku przy operacyi nie było żadnego; Siwek zaraz po wyjęciu ciała obcego mógł swobodnie połykać i tego samego dnia opuścił klinikę.

W przypadku więc tym odłamek szkła tylko ostrym swym końcem trzymał się w dołku krtanio-połykowym, znaczna zaś część jego opuszczała się w głąb połyku wzdłuż lewéj jego ściany.

Powyższe spostrzeżenie dostatecznym zdaje mi się jest dowodem, że ciało obce, tkwiące w podaném miejscu i w opisanym kierunku, można za pomocą odpowiedniego postępowania wydobyć przez jamę ustną, jeżeli tylko okoliczności złożą się tak pomyślnie jak w naszym przypadku. Ważném tu bowiem było, że chory sam lub ktoś inny nie znający się na rzeczy nie robił prób wydobycia ciała obcego, że S. zaraz po połknięciu szkła wstrzymał się od dalszych ruchów połykowych, a przedewszystkiém jego spokojne zachowanie się podczas operacyi ułatwiło znacznie wydobycie tak znacznego kawałka szkła bez połamania go w drobne części. Przypadek ten przypomina kilka podobnych znanych już w literaturze, między któremi szczególnie zasługuje na wzmiankę spostrzeżenie Ros. Jacksona (*Schmidts Jahrb.* tom 48 str. 83). Była to kobieta, która w zamiarze samobójstwa połknęła klucz 4 cale długi, przy zębie 1, przy rączce $1\frac{1}{2}$ cala szeroki. Osoba ta żyła potém jeszcze dni 58 a przy sekcyi znaleziono klucz, którego ząb spoczywał tuż pod kością gnykową, wywoławszy przez tak długi czas pobytu tylko powierzchowne małe owrzodzenie, reszta klucza leżąca w połyku wyrobiła sobie w przedniéj ścianie jego jakby bruzdę, tak że światło przewodu było tylko nieznacznie zwężone.

Spostrzeżeń podobnych mógłbym przytoczyć większą liczbę, nie chcąc się jednak zbytnie rozszerzać przechodzę do ciał obcych, tkwiących już w samym połyku. I tutaj pomijam objawy podmiotowe tego stanu, chciałbym tylko słów kilka pomówić o objawach przedmiotowych, mianowicie o badaniu zgłębnikiem i wysłuchiwaniu połyku. Nie ulega wątpliwości, że dotknięcie zgłębnikiem ciała obcego twardego, jak np. kości lub monety, jest niezbitym dowodem obecności ciała obcego, jednak nie możemy mieć téj saméj pewności w razie ujemnego wyniku badania. Zgłębnik bowiem może całkiem swobodnie przechodzić do żołądka, a mimo to ciało obce znajduje się w połyku. Na dowód niech mi wolno będzie przytoczyć pokrótce 2 przypadki z naszéj kliniki.

P. F. lat 70, lampiarz. Jedząc przed 2 dniami kapustę uczuł nagle kłujący ból w połyku, który utrudniał mu znacznie dalsze jedzenie. Przy badaniu klinicznem 30/1 1877 przekonano się, że pokarmy płynne przechodzą bez żadnéj trudności, przełykanie zaś potraw stałych jest wprawdzie możebne ale znacznie utrudnione i połączone z bólem w dolnéj połowie szyi. Osłuchiwanie połyku w okolicy 3 kręgu piersiowego wykazuje w czasie przechodzenia płynu 2 szmery, z których pierwszy jest dłuższy, podobny do bełkotania, drugi mniéj silny, krótszy. Zgłębnik gruby przeszedł 2 razy do żołądka nie napotykając na żaden opór. Wreszcie wprowadzono koszyk Graefego i za pomocą niego wydobyto kawałek kości płaskiéj 3cm. długi a $\frac{1}{2}$cm. szeroki.

Prawie całkiem podobny był przypadek drugi z 4 kwietnia 1878 r. Druciaż 46-letni połknął z kapustą kawałek kości, który nie dozwalał mu następnie przełykać pokarmów stałych. Przy obmacywaniu szyi natrafia się na wysokości krtani po stronie lewéj na wyniosłość twardą i bolesną, w tém też miejscu czuje chory najdotkliwszy ból przy połykaniu. Osłuchiwanie połyku wykazało te same dwa szmery niejednakowe co do natężenia i trwania jak w przypadku poprzednim. Badanie zgłębnikiem nie dało żadnego wyniku, narzędzie to bowiem przechodziło całkiem swobodnie do żołądka. Ponieważ jednak wspomniana wyniosłość wymacalna na szyi kazała przypuścić obecność ciała obcego, wprowadził więc prof. Bryk kleszcze Langenbecka i za pomocą nich wyjął płaski kawałek kości 4 2cm. długi a 4cm. szeroki (odłamek żebra).

W obu więc tych przypadkach, mimo obecności ciała obcego dość znacznych rozmiarów, zgłębnik przeszedł zupełnie bez żadnéj przeszkody aż do żołądka. Przypad ten tłumaczyć sobie możemy łatwo. Jeżeli bowiem ciała długie a wązkie, jak np. igły, ości lub także większe lecz płaskie odłamki kości ustawią się wzdłuż poprzecznéj lub przodowotylnéj osi połyku, natenczas zgłębnik przejść może po jednéj lub drugiéj stronie ciała obcego nie natrafiając nań wcale. Doświadczenie jednak uczy, że nawet ciała większych rozmiarów, a nawet tak wielkie, które na pozór powinnyby zatykać całe światło połyku, mogą przy szczególnych warunkach przepuszczać obok siebie narzędzia wprowadzone do połyku. W *Lancecie* (Nr. 5, 1 luty, 1879 str. 155) znajdujemy opis przypadku, w którym kobieta 30 letnia podczas snu połknęła odłamek sztucznéj szczęki pół cala długi a $\frac{1}{4}$ szeroki, przy którym tkwił jeszcze kawałek drutu srebrnego na $\frac{1}{4}$ cala długi. Wszystkie narzędzia, powiada opisujący, służące do wydobywania ciał obcych z połyku były używane, lecz nie udało się wykryć nic nieprawidłowego. Rura od pompy żołądkowéj przeszła swobodnie do żołądka bez napotkania jakiéjkolwiek przeszkody. Raz tylko zdawało się, jakoby narzędzie obtarło się o jakieś ciało twarde, lecz ponieważ to przy dalszém badaniu się nie powtórzyło, sądzono, że narzędzie dotknęło się zębów badanéj. Przy esofagotomii, wykonanéj z powodu coraz groźniejszych przypadków w 6 tygodni potém, znaleziono wreszcie po długiém szukaniu płytkę kauczukową przylegającą mocno do przedniéj ściany połyku na 2 do 3 cali poniżéj wcięcia mostkowego. Drut przymocowany do téj płytki sterczał do wnętrza połyku.

W przypadku więc tym ciało obce, tak twarde jak kauczuk a nadto opatrzone kawałkiem drutu, leżało w połyku przeszło 6 tygodni, a przecie nie mogło być na pewne roz

poznane. Szczęściem drut sterczał na wewnątrz, w przeciwnym bowiem razie byłoby z pewnością przyszło do przebicia ścian połyku z wszystkiemi groźnemi następstwami.

Wreszcie jeszcze jeden przypadek z naszéj kliniki. W lutym b. r. przedstawił się żebrak podając, że przed dwoma dniami jedząc jakieś odpadki potraw uczuł nagle ból w połyku: od téj chwili nie mógł już nic połknąć. Przy badaniu klinicznèm stwierdzono, iż płyny przechodzą częściowo do żołądka, w znacznéj części wracają do jamy ustnéj. Pokarmy zaś stałe, nawet bułka zupełnie w mleku rozmoczona, cofa się w zupełności już w kilka sekund po jéj przełknięciu. Wysłuchiwanie połyku wykazuje w czasie przechodzenia płynu 3 szmery bełkotające. Zgłębnik żołądkowy 10 mm. średnicy nie dał się wprowadzić do żołądka, cieńszy jednak 6mm. średnicy przeszedł bez trudności. Po wlaniu przez cewnik szklanki ciepłego rosołu do żołądka narzędzie to wyjęto. Gdy jednak chory i potém nie mógł przełykać pokarmów, starano się wprowadzić zgłębnik na nowo, co tym razem udało się dopiero po dłuższém macaniu sondą i użyciu większéj nieco siły. Przez 2 dni karmiono chorego przez wlewanie płynów do żołądka; następnie zgłębnik wyjęto, a chory lubo z trudnością mógł połykać potrawy płynne. Po 5 dniach pobytu w klinice połknął zgłodniały chory kawałek bułki z mlekiem, zaraz potem wystąpiły silne wymioty, wśród których wyrzucony został z połyku kawałek ścięgna i od téj chwili połykanie stało się zupełnie prawidłowe. Ścięgno to zbitości elastycznéj, wielkości orzecha laskowego, wypełniać musiało prawie całe światło połyku a jednak zgłębnik dość gruby przeszedł bez znaczniejszych trudności aż do żołądka. W tym więc przypadku nie kształt ciała obcego, lecz jego elastyczność była powodem, że zgłębnik nie mógł na pewne wykazać jego obecności w połyku.

Z tych kilku przytoczonych przykładów wysnuć musimy wniosek, że ujemny wynik badania zgłębnikiem wcale nie upoważnia do zaprzeczenia bytności ciała obcego w połyku. Fakt ten musimy mieć dobrze w pamięci, gdyż znane są w praktyce lekarskiéj przypadki, że nierozpoznane z tego powodu ciała obce przebiwszy ściany połyku stały się przyczyną śmierci chorego.

Pewniejsze już wyniki można otrzymać przy badaniu narzędziami, o które ciało obce może się zahaczyć. Najodpowiedniejszym do tego wydaje się kosz lub haczyk Graefego. Narzędzie to zatém powinno się znajdować u każdego lekarza, zwłaszcza praktykującego w mniejszych miastach, gdzie nie można odsyłać chorego zaraz do specyjalisty.

W wątpliwych jednak przypadkach szukać musimy i innych wskazówek przemawiających za lub przeciw obecności ciała obcego. Do ważnych objawów istnienia przeszkody w połykaniu służą nieprawidłowe szmery, słyszalne przy osłuchiwaniu połyku. W stanie prawidłowym słyszymy, jak wiadomo, w czasie przechodzenia płynu przez połyk jeden ostry szmer syczący. Jeżeli zaś płyn przechodzący przez połyk natrafia na jakąbądź przeszkodę, natenczas w miejsce jednego prawidłowego szmeru występuje ich kilka w małych odstępach czasu i różnego nasilenia. Nie umiem powiedzieć, czy rodzaj tych nieprawidłowych szmerów da się zużytkować w celu osądzenia rodzaju zawady, jak to podają niektórzy autorowie, to jednak pewna, że szmery te są prawie nieomylną wskazówką istnienia jakiejś zawady i we wszystkich wyżéj przytoczonych przypadkach na mocy przysłuchu wypada przypuścić obecność ciała obcego, mimo że zgłębnik go nie wykazywał. Przy zupełném zamknięciu światła połyku, tak że nic z połkniętego płynu nie dostaje się do żołądka, nie słyszymy téż przy osłuchiwaniu połyku żadnego szmeru.

Jeżeli wykryte ciało obce uwięzło w połyku w ten sposób, że ani wydobycie go przez jamę ust, ani zepchnięcie do żołądka jest niemożebne, natenczas nie pozostaje nic innego jak utworzenie przystępu do niego drogą sztuczną przez otwarcie połyku na szyi, bez względu na to czy ciało obce da się wymacać na szyi lub nie, czy ono tkwi w części szyjnéj połyku lub też piersiowéj i w ostatnim bowiem razie wydobycie ciała obcego przez ranę na szyi nie przedstawia zwykle zbyt wielkich trudności. Jako przykład operacyi tego rodzaju niech nam służy następujący przypadek.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## II. Z kliniki okulistycznej Prof. Dra. Rydla.

### O zwyrodnieniu barwikowém siatkówki.

Podał asystent Dr. Machek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

4. Julijanna. W marcu 1879 liczyła chora za pomocą szkieł wklęsłych (—5D) lewém okiem palce na 2m., prawém zaś na 4·5m. Jeżeli chora w odległość patrzała, wykonywały gałki oczne dość powolne zupełnie poziome ruchy wahadłowe. Od czasu do czasu zataczały się gałki daleko szybciéj około podłużnéj osi oka, poczém powieki przymykały się kurczowo jakby z powodu światłowstrętu. Jeżeli choréj polecono, aby się patrzała na przedmiot oddalony na 20cm. od oczu, natenczas ruchy zupełnie ustawały a gałki oczne pozostawały w spokoju. Skoro zaś chora znów spojrzała w odległość, ruchy wahadłowe powracały. Pole widzenia badano perimetrem Förstera. Było zewsząd aż do 20° ścieśnione. Wziernik wykazał szarawo-białą tarczę, naczynia wązkie widoczne jeszcze, w oddaleniu 4 do 5 średnic tarczy nerwu wzrokowego licząc od jéj brzegu, przybłonek barwikowy całkiem zanikły, przestwory międzynaczynne naczyniówki ciemnobrunatne. Obrączka twardówkowa wązka ($^1/_5$ średnicy tarczy n. w.) Na samym obwodzie rozsiane są w siatkówce charakterystyczne złogi barwikowe. W okolicy plamki żółtéj widać drobne biało-żółtawe plamki, blizko obok siebie poustawiane, których zbiór tworzy plamę wielkości połowy tarczy nerwu wzrokowego.

Choréj w klinice ruchoméj wstrzykiwano na skroni azotan strychninu, postępując zwolna od mniejszych do większych dawek. Bystrość wzroku poprawiła się już po pierwszém wstrzyknięciu. Po wstrzyknięciu 64 mgr. azotanu strychninu widziała okiem pr. $^6/_{36}$, lewém zaś $^6/_{60}$. Pole widzenia dla promieni światła białego nie zmieniło się. Zdolność rozpoznawania barw badano sposobem Holmgreena. Jest to nietylko najporęczniejszy, ale według tego co w Wiedniu, Pradze i Wrocławiu widziałem, także i najpewniejszy sposób badania. Najprzód ukazano choréj motek jasno-zielony. Oprócz motków zielonych w rozmaitych odcieniach dobierała do niego także szare i różowe, które mniej więcéj odpowiadały numerom 1 i 4 wzoru barw, które chorzy dotknięci barwoślepem za inne biorą przy pierwszéj próbie Holmgreena. Ilekroć badanie powtórzono, popełniała te same błędy. Przy drugiéj próbie Holmgrena z motkiem szkarlatnym dobierała czerwone, szkarłatne i zielone motki. Chora nie rozpoznawała więc wcale zielonéj barwy (Holmgren, *die Farbenblindheit*, 1887,

str. 136). Dodać tu muszę, iż podobny rodzaj upośledzenia zdolności rozpoznawania barw znachodziłem w dość znacznéj ilości przypadków pozapalnego zaniku nerwu wzrokowego, jeżeli wzrok w znaczniejszym stopniu był już upośledzony. Najlepiéj chora rozpoznawała barwę żółtą. Pole widzenia dla téj barwy, badane za pomocą papieru żółtego, było tak wielkie jak dla światła białego, pole widzenia zaś dla barwy czerwonéj trochę mniejsze. Prawdopodobnie pochodzi to, jak Leber sądzi, ztąd, iż czerwona barwa, jako ciemniejsza, odbija mniejszą ilość promieni, skutkiem czego wrażenie w obwodowych częściach siatkówki, jako mniéj wrażliwych wcześniéj ustaje. Przed wstrzykiwaniami zdolność rozpoznawania barw, pomimo mniejszéj bystrości wzroku, była taka sama jak i po wstrzykiwaniach azotanu strychninowego.

Ostatni raz badałem chorą w listopadzie 1880 r. Twierdziła ona wtedy, że poprawa bystrości wzroku po wstrzykiwaniach trwała tylko czas krótki, że niedługo po ostatniém wstrzyknięciu (nie więcéj jak tydzień) dostała bólów głowy, światłowstrętu i czuła bolesne napięcie w gałce ocznéj, czego dawniéj nigdy nie spostrzegała. Twarz i gałki oczne często były gorące, przez pole widzenia przelatywały iskry, niekiedy występowały chwilowe rwące bóle w głębi oczodołu. Przykładała zimną wodę. Z wystąpieniem tych objawów słabł wzrok, a już we dwa tygodnie późniéj widziała, jak podaje, niewątpliwie gorzéj niż przed wstrzykiwaniami. Po jakimś czasie bóle i inne objawy podmiotowe ustąpiły, późniéj jednak pojawiały się od czasu do czasu, chociaż w niższym stopniu. Chora przypisywała wystąpienie bolów wstrzykiwaniom i dla tego nie zgłaszała się do kliniki sądząc, iżby jéj tamże wstrzykiwania zalecono. Obecnie stawiła się tylko dla tego, że wydanie świadectwa lekarskiego, którego ojciec domagał się w celu umieszczenia chorych w jakim zakładzie dla ciemnych, uczyniłem zależném od ponownego zbadania chorych. Obecnie ma chora tylko wątpliwe poczucie światła. Pomimo to skarży się na światłowstręt i bole w oczodole. Twarz jest zaczerwieniona i gorąca, oczy łzawią lekko. Badanie wziernikiem wykazuje: Obustronnie M = 6D. Tarcze nerwu wzrokowego różowe, brzeg lekko przysłonięty, naczynia siatkówki bardzo wązkie. Przybłonek barwikowy już naokoło tarczy zanikły, naczynia naczyniówki widać bardzo wyraźnie. W oku lewém, na wewnątrz od tarczy, (obraz odwrotny) brunatne nagromadzenie barwika. W okolicy plamki żółtéj znajduje się plama trochę mniejsza niż tarcza nerwu wzrokowego, powstała w skutek nagromadzenia zupełnie czarnego barwika, rozmieszczonego na dnie szarawém. W obwodzie są dość rzadko rozsiane charakterystyczne złogi barwika, mające kształt ciałek kostnych. W oku prawém znachodzimy w plamce żółtéj trochę mniejszą podłużną plamę, nie różniącą się zresztą od plamy na oku lewém. W obwodzie trochę mniéj barwika niż na oku lewém. W żadném oku nie ma zaniku części obwodowych naczyniówki, jak u chorych 1, 2 i 5. W czasie od ostatniego badania przebyła więc chora, jak zmiany anatomiczne pouczają, zapalenie naczyniówki przylegającéj do plamki żółtéj a obecnie rozpoznać musieliśmy *Chorioretinitis centralis s. circumscripta in stad. atrophiae* (Wecker). O leczeniu obecnie myśleć nie można było, tém mniéj, ile że okres ostry zapalenia przeminął. Wstrzykiwań azotanu strychninu z powodów, o których niżéj wspomnę, nie zalecano, chora zresztą niezapytywana z góry oświadczyła, iż na ponowne wstrzykiwania się nie zgodzi.

5. Jan. W protokołach kliniki ruchoméj z r. 1875 znalazłem, iż chorego badano i że cierpi na kurzą ślepotę i rozpoczynający się zanik nerwu wzrokowego. Znając rodzinę chorego zapisano: *Retinitis pigmentosa sine pigmentat.* Bystrość wzroku przy świetle dzienném wynosiła $^{20}/_{80}$ (?), przy zamkniętych zaś okiennicach nie rozpoznawał palców już na 1 metr, podczas kiedy inni ludzie przy tém samém oświetleniu widzieli palce na $5^1/_2$ m. Sam badałem chorego pierwszy raz w r. 1878 w lecie. Środki łamiące były czyste, tarcza nerwu wzrokowego trochę bledsza, brzeg jakby lekko przysłonięty, naczynia trochę węższe, na obwodzie brak przybłonka barwikowego, zresztą dno oka prawidłowe. Złogów barwika na obwodzie nie było. W marcu 1879 liczył pr. i l. okiem palce na 2 m. Pole widzenia zewsząd ścieśnione (do 30°). *Staphyloma post.* wązkie, tarcza nerwu wzrokowego szarawo blada, naczynia siatkówki węższe, zanik przybłonka barwikowego postąpił aż do saméj tarczy, sąsiedztwo plamki żółtéj trochę ciemniejsze. Choremu wstrzykiwano w skroń azotan strychninu. Po wstrzyknięciu 68 mgr. tego leku w przeciągu dni 14, poprawiła się bystrość wzroku na $^6/_{60}$. I w tym przypadku pole widzenia nie rozszerzyło się chociaż się bystrość wzroku poprawiła. Zdolność rozpoznawania barw badano sposobem Holmgrena. Do motka blado-zielonego dobierał chory szare i żółte odpowiadające numerom 1 i 3 tych barw, których chorzy dotknięci barwoślepem zwykle nie rozpoznają. Przy drugiéj próbie Holmgrena dobierał tylko czerwone motki. Chory był więc dotknięty niezupełnym barwoślepem. Przy trzeciéj próbie dobierał należycie motki, co jednak, zdaniem Holmgrena, na rozpoznanie nie wpływa. Pole widzenia badane papierem zabarwionym było dla wszystkich barw jednakowe co do rozciągłości. Podczas leczenia azotanem strychninu chory się nie skarżył na bóle głowy i czuł się zupełnie zdrowym. W tydzień jednak po ostatniém wstrzyknięciu zgłosił się do kliniki i skarżył na światłowstręt, ból w oczodole i w gałkach ocznych. Twierdził, iż chwilowo nic nie widzi, szczególnie zaś wtenczas, gdy z pomieszkania wychodzi. Przed oczami latają mu czerwone i ogniste światła. Przez dwa dni dokuczały mu rwące bóle w czole i nad oczodołem, jak je Arlt opisuje, jako charakterystyczne w przypadkach ostrego i przyostrego zapalenia naczyniówki. Bystrość wzroku = $^3/_{60}$. Oba oczy były równo twarde, nie twardsze niż moje, ale twardsze od oczu siostry (3), która z chorym do kliniki się zgłosiła. Wziernik wykazał: Tarcze nerwu wzrokowego zaczerwienione, lewa mocniéj niż prawa brzeg tarczy dobrze odgraniczony, przy badaniu w obrazie prostym lekko przysłonięty, barwik w głębszych częściach naczyniówki dobrze zachowany. Na samym obwodzie dna oczu kilka małych biało-żółtych plam (wypocin). W oku lewém, ku górze i zewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego (obraz odwrotny) okrągła biała plama wielkości $^1/_3$ tarczy, wystająca nad poziom naczyniówki, na jéj brzegu złogi brunatnego barwika. Obraz wziernikowy wykazał, iż w tym przypadku mamy do czynienia ze zapaleniem obwodowych części naczyniówki. Zaczerwienienie tarczy nerwu wzrokowego nie mogło być ani skutkiem zapalenia siatkówki ani nerwu wzrokowego, gdyż naczynia siatkówki znacznie były węższe a brzeg tarczy ostro odgraniczony; lekką zaś zasłonę tłumaczyło stwardnienie *(sclerosis)* pierwocin nerwowych. Zdaje się więc, że zaczerwienienie tarczy, a względnie przekrwienie naczyń włosowatych, ztąd pochodzi, iż z przepełnionego splotu Hallera pewna część krwi dostała się do układu naczyń włosowatych tarczy, które z naczyniami Hallera w związku pozostają. Wprawdzie zaprzeczyć się nie da, iż ze zwężeniem naczyń siatkówkowych połączony był zanik

pewnéj liczby naczyń włosowatych tarczy; z drugiéj jednak strony uwzględnić trzeba wielką rozszerzalność naczyń włosowatych pod napływem krwi a samo rozszerzenie wystarczyć mogło, aby zaczerwienienie sprowadzić. Podobne zmiany na tarczy, która przy poprzedzających badaniach bladą była, spostrzegaliśmy w przypadku 4. Zaczerwienienie tarczy towarzyszyło tam zapaleniu przylegających do plamki żółtéj części naczyniówki. Czy naczynia naczyniówki grubsze były, orzec trudno, chociaż obraz wziernikowy tkwił dobrze w pamięci, gdyż chorego przed tygodniem bardzo dokładnie badano. Trzeba bowiem uwzględnić, iż już w stanie prawidłowym szerokość naczyń jest rozmaita, że mamy w tych samych warstwach gałązki rozmaitego stopnia a w rozmaitych warstwach znowu naczynia równéj grubości.

Pomijając już dalszy przebieg choroby podam nakoniec opis stanu oczu z listopada zeszłego roku. Prawém okiem liczy palce na pół metra, lewém widzi tylko ruchy ręki na jeden metr. Szerokość obrączki twardówkowéj równa się jednéj trzeciéj średnicy tarczy nerwu wzrokowego. Naczynia siatkówki są wązkie. Odblask wydobywający się z oka jest różowy, podczas kiedy u tamtych chorych jest daleko bledszy. W oku lewém ku górze i zewnątrz widać w naczyniówce podlużną dobrze odgraniczoną białą plamę, wielkości tarczy nerwu wzrokowego z osią podłużną idącą od góry wewnątrz ku dołowi zewnątrz. W plamie widać jeszcze kilka wązkich naczyń naczyniówkowych, a obok nich złogi barwika, na obwodzie zaś plamy także czarny wązki rąbek barwikowy. W plamce żółtéj nie ma zmian patologicznych. Przy rozszerzonéj źrenicy widać na samym obwodzie zanikłe miejsca w naczyniówce. Złogów barwikowych w obwodzie nie znalazłem.

I. Ilość barwika. Naprzód zwrócimy uwagę na ilość barwika, który wniknął do siatkówki. W przypadku 1 i 2 znajdujemy najwięcéj złogów, trochę zaś mniéj w przypadku 4 i to już w okresie choroby, w którym bystrość wzroku wynosiła jeszcze $^1/_6$. W przypadkach 3 i 5 złogów barwikowych nie ma, chociaż zwyrodnienie i zanik pierwocin nerwowych do tego stopnia doszły, iż zajęły plamkę żółtą, gdyż w jednym przypadku (3) już i poczucia światła nie było, w drugim zaś (5) nie wiele więcéj niż proste poczucie świała pozostało. Że ta pierwotna sprawa siatkówkowa doprowadziła do tak znacznego stopnia upośledzenia wzroku, można tém pewniéj twierdzić, ile że właśnie pod plamką żółtą naczyniówka była prawidłowa.

Znaną jest rzeczą, iż z ilości barwika nie możemy wnosić, o ile w ogóle choroba postąpiła. Wiemy tylko, iż te części siatkówki, w które już barwik wniknął, są na światło nieczułe, że więc złogi barwikowe w obwodowych częściach siatkówki wnosić pozwalają o ścieśnieniu pola widzenia. Bystrość widzenia naośnego może być przy tém rozmaita, a nawet równać się zeru, jeżeli zwyrodnienie w plamce żółtéj sprowadziło zanik pierwocin czułych na światło, co jednak może się odbyć bez wytworzenia barwika. W tych przypadkach wreszcie, w których się barwik raz pojawił, ilość tegoż z trwaniem choroby się powiększa.

T. Leber jednak twierdzi, — a przed nim już i Alb. Graefe tę myśl poruszył, — iż przecież w niektórych przypadkach z ilości barwika można wnosić o trwaniu choroby tudzież o stopniu upośledzenia wzroku, a to mianowicie tam, gdzie chorzy należą do téj saméj rodziny. Zapatrywanie to opiera się na tém przypuszczeniu, iż wspólna przyczyna, którą jest dziedziczność, u wszystkich członków rodziny w ten sam sposób objawiać się będzie, a zatém choroba przebiegając u wszystkich w ten sam mniéj więcéj sposób, w odpowiednich okresach, odpowiednie ilości barwika wykazywać będzie. (Leber, *Krankheiten der Netzhaut* str. 640.). Tymczasem nasze przypadki, szczególnie 3 i 4, wykazują, że ilość barwika, nawet przy zupełnie równéj odziedziczonéj skłonności, nie może być miarą ani trwania choroby ani upośledzenia wzroku, ani też w ogóle nie oznacza, jak ciężką jest choroba.

Samo cierpienie oczu jak i przebieg tegoż u wszystkich w ogóle jest tak zgodne, że nie można upatrywać zasadniczéj różnicy co do istoty choroby. Budową ciała lub odżywieniem chorzy wcale nie różnili się, a od lat dziecięcych tym samym zewnętrznym ulegali wpływom. W obec tego nie podobna wykryć przyczyny, dla któréj raz brak jest barwika, innym zaś razem obficie go napotykamy. Okoliczność ta nasuwa myśl, iż złogi barwikowe są czémś, jeżeli nie przypadkowém to przynajmniéj do istoty choroby nienależącém. (Dok. nast.)

## III. Pożywka peptonowa przyrządzana sposobem domowym dla użycia w praktyce lekarskiéj.

Podał Dr. Walery Jawerski.

Bardzo często zdarza się lekarzowi, że w obec chorego jest zniewolony do zajęcia stanowiska wyczekującego i do skierowania szczególnie swéj uwagi na utrzymanie odżywienia. We wielu przypadkach chorób gorączkowych, jak i niektórych przewlocznych, jest to jedyny racyjonalny sposób leczenia. Chcąc zadość uczynić powyższemu wskazaniu ma jednak lekarz do walczenia przy wszystkich chorobach przewodu pokarmowego i chorobach gorączkowych:

1) z brakiem wydzielin trawiących albo ze zmienionym ich chemizmem tak, że nie wywierają żadnego działaniana pokarmy;

2) z przeczulicą lub niedowładem błony mięsnéj przewodu pokarmowego, mogącemi się powiększyć przez niestósowne żywienie;

3) ze zmniejszoném przyswajaniem sobie pokarmów w skutek zmian w narządzie chłoniczym; a wreszcie

4) z oddziaływaniem wprowadzonych a niezużytych resztek pokarmów, już to na podwyższenie istniejącéj gorączki już na przypady ze strony przewodu pokarmowego samego.

Ztąd okazuje się, że pokarmy do chorego ustroju należy wprowadzać w odpowiedniéj tylko ilości i jakości i w tym to celu z biegiem czasu zalecano cały szereg pożywek azotowych dla chorych już to w stanie rozpuszczalnym, już to w strawionym poza ustrojem samym. Do takich każdemu praktycznemu lekarzowi znanych należą: *Extr. carnis frig. (acido) parat. Liebig*, *Extr. carn. calide parat. Liebig*, *solutio carn. Leube-Rosenthal*, *solutio carn. Kussmaul*, *solutio, carn. pancreatica ad clysma Leube*, *peptonum Sanders* i wiele jeszcze innych tego rodzaju przetworów. Pożywnych przetworów, w których szczegółowy rozbiór na tém miejscu się nie wdaję, istnieje dość znaczny wybór, a coś nowego w zasadzie trudno jeszcze złożyć. W przyrządzaniu i zastósowaniu praktycznem jednak są możliwe jeszcze ulepszenia, dla tego podaję poniżéj sposób przyrządzania pożywki peptonowéj, tak że każda kuchnia każdego czasu w świeżym stanie może ją przygotować.

Pożywka ta uwzględnia najprzód wyżéj wymienione stany chorobowe, a opiera się na następujących danych chemicznych. Przez wytrawianie mięsa np. wołowego, przedsta-

wiającego 21% białka, kw. solnym 0·03—1% przy + 40° C. przez kilkanaście godzin, przemienia się przeważna część istot białkowatych na syntonin, a ten w obec pepsyny na parapepton i pepton. Pozostawiając więc rozdrobnione mięso z kw. solnym i pepsyną w ciepłém miejscu dłuższy czas a potém utrzymując przy wrzeniu przez jednę do dwóch godzin otrzymuje się rozczyn peptonów wraz z ciałami wyciągowemi i nieznaczną ilość ciał stałych w postaci zawiesiny, pochodzących od niestrawionéj zbitéj tkanki łącznéj. Ciecz cała przedstawia niejako rozpuszczone mięso, w stanie zatém najwięcéj przydatnym do wessania. Chcąc taką ciecz zamienić na pokarm należy kwas solny zobojętnić węglanem sodowym, przez co tworzy się chlorek sodu i czyni solenie zbytecznêm. Aby do takiéj pożywki domięszać innych składników pożywnych jak tłuszczu, wodników węgla i soli nieorganicznych i nadać również smak odpowiadający codziennym pokarmom, należy dodać do powyższego rozczynu jarzyn dodawanych do rosołów zwyczajnych, jakotéż zaprawy w postaci kuchennéj „zaprażki dobrze rumianéj", składającéj się z wyprażonéj mąki wraz ze świeżym tłuszczem (masłem) a jeżeli stan chorego pozwala z dodatkiem cebuli, gałki muszkatolowéj lub innéj przyprawy.

Lekarz zalecający taką pożywkę postąpi sobie najstósowniéj w ten sposób:

1) Zapisuje z apteki dwa rozczyny:

*Rp. Ac. hydrochlor. conc. puri p. sp. 1,12*
*40·00*
*Pepsini germ. solub.*
*0·50*
*Aq. font. commun.*
*1000·00*
*M. D. S.* Do wiadomego użytku Nr. 1szy.
i *Rp. Natri carbonici cryst.*
*40·00*
*Aq. font. dest.*
*100·00*
*M. D. S.* Nr. 2gi.

2) Całą ilość rozczynu Nr. 1 każe, np. wieczorem, nalać na 500·0 gr. posiekanego mięsa wołowego nie zawierającego znaczniejszéj ilości tłuszczu, ścięgien ani kości, tę mięszaninę pozostawić przez noc na miejscu ciepłém mięszając od czasu do czasu, a rano dolawszy do niéj przynajmniéj jeden litr wody studziennéj i dodawszy jarzyn kuchennych utrzymywać przez jednę do dwóch godzin we wrzeniu.

3) Po rozpłynięciu się mięsa należy dodać zaprawy w postaci „zaprażki kuchennéj dobrze rumianéj" i zagotować znów do wrzenia w celu rozpuszczenia skrobi jako dekstryny.

4) Z rozczynu Nr. 2 dolewa się do pożywki przed jéj użyciem tak długo po trosze ciągle mięszając, dopóki nie ustanie burzenie od wydobywającego się kw. węglowego pochodzące, a smak kwaśny zniknie.

Powyższa ilość pożywki powinna przeciętnie wystarczyć przez jednę dobę na cztery do pięciu dawek. Jak długo oddziaływanie powyższego rozczynu mięsnego będzie kwaśne, powinno się do mięszania używać tylko łyżek srebrnych a lepiéj jeszcze drewnianych. Pożywka niniejsza zawiera przeszło 100 gr. białka, przeważnie zamienionego na peptony, w najodpowiedniejszéj zatém formie do wessania, kilkadziesiąt gramów tłuszczu i wodników węgla w postaci dekstryny oraz i składniki nieorganiczne z jarzyn, zatém wszystkie do odżywiania potrzebne połączenia w stanie rozpuszczalnym. Jest więc przydatną do odżywiania w stanach podgorączkowych, w pierwszych okresach chorób ostrych, a szczególnie w okresie ozdrawiania używając obok niéj napojów wyskokowych w stósownéj ilości.

Chcąc jéj użyć w stanach gorączkowych potrzeba: *a)* przed spożyciem przecedzić przez gęste sito lub płótno, aby z niéj wydalić zawiesinę, składającą się przeważnie z niestrawionéj tkanki łącznéj, któraby tworzyła pozostałość nie do strawienia w przewodzie pokarmowym; *b)* zmniejszyć ilość mięsa, tłuszczu i mąki na taką samą ilość innych płynów a to celem ułatwienia wessania z rozczynu więcéj rozcieńczonego. Przy zajęciu nieżytowém przewodu pokarmowego lub narządu oddechowego można polecić dolewanie rozczynu sody, aż do wystąpienia smaku alkalicznego; trzeba jednak pamiętać, że smak przyjemny i orzeźwiający pożywki występuje wtedy, jeżeli ona jest słabo kwaśną z powodu kwasu węglowego, a w miarę oddziaływania alkalicznego powstaje smak mdławy i słaba woń świeżego chleba.

Pożywki przesączonéj i zobojętnionéj węglanem sodowym można również z dobrym skutkiem używać w lewatywach.

Korzyści, jakie spostrzegam w używaniu jéj, są następujące:

*a)* Zawiera największą możliwą ilość pożywnych łatwo przyswajalnych i to wszystkich do odżywienia potrzebnych składników, bo całą ilość białka nawet nierozpuszczalnego przeważnie w postaci peptonów, dozwala zatém większego zużytkowania materyjału pożywczego, aniżeli przy użyciu bulijonu, *Extr. carn. frigide v. calide parat. Liebig.*

*b)* Smakiem nie różni się od zwyczajnie używanych rosołów; nadto stósownie do przypadku daje się smak i skład podług ordynacyi lekarza zmieniać, podczas gdy zwyczajne peptonowe przetwory, jak zwykle zalecany *Sandersa* jest według zdania Maly'ego raczéj gąszczem, zawierającym ciała rozkładowe gnicia woni obrzydliwéj, aniżeli przetworem peptonowym. (*Wien. Med. Blätt.* 1880. Nr. 32).

*c)* Jest potrawą świeżą łatwą do przyrządzania sposobem domowym, w dowolnéj ilości i każdego czasu bez osobnych przyrządów; dla tego zaleca się do rozpowszechnienia żywienia chorych peptonami, podczas gdy *sol. carn. Leube-Rosenthal* albo *sol. carn. Kussmaul* wymagają do otrzymywania długiego czasu i osobnych naczyń.

*d)* Cena pożywki jest nader niską, gdyż opłaca się tylko za materyjał surowy i tak: 500 gr. mięsa kosztują 24 cent., tłuszcz i inne dodatki 10 cent., pierwszy i drugi płyn podług taksy aptekarskiéj kosztuje (59+16) = 75 c., razem więc cena pożywienia na całą dobę wynosi 1 złr. 9 c.

*e)* Lekarz może zmieniać skład pożywki stósownie do nasilenia choroby, łaknienia, smaku chorego, może ją podawać tak *per os*, jak i *per anum*, a nadto może równocześnie dodawać inne środki lecznicze.

Podając przepis ten na przyrządzanie powyższéj pożywki do wiadomości szan. Kolegów nadmieniam, że ją dla próby z dobrym skutkiem bez żadnych przypadów ubocznych przez 14 dni stósowałem; zarazem upraszam o ogłaszanie wyników z jéj użycia w praktyce. Szczegółowe stosunki ilościowe pod względem chemicznym w dalszym ciągu ogłoszę.

---

## IV. Hydroterapija a suchoty płucne.

Podał Dr. Stanisław Smoleński.
Lekarz zdrojowy w Gleichenbergu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Czy może zechce kto przywiązywać wagę do zdania Röhriga (*Physiol. der Haut*), że ciała lotne i ciecze roz-

pylone zdołają przenikać skórę od zewnątrz na wewnątrz i w ten sposób tłumaczyć zbawienne wrzekomo działanie opasek piersiowych na sprawy chorobowe płuc? Winternitz bardzo jest do tego skłonny, jakkolwiek kwestyja powyższa pomimo prac Röhriga, Brémonda i innych nie została jeszcze stanowczo rozstrzygniętą.

Wiadomo, że zmiany gruźlicze płuc a nawet innych narządów mogą być wyleczone w każdym wieku życia i to „nawet wśród bardzo niekorzystnych warunków“ (Heitler, *Wien. Klinik* 10 H. 1880), tém więcéj zaś w odpowiednich warunkach klimatycznych z uwzględnieniem zasad dyjetetycznych i higijenicznych. Jeżeli więc niektórzy hydroterapeuci, rozporządzający zazwyczaj i powyższemi warunkami, przecież główną zasługę przypisują procedurom hydryjatrycznym, to mogłaby to być *oratio pro domo sua*, którą do należytéj trzebaby redukować wartości. Zresztą przypadki kazuistyczne, odnoszące się do kwestyi w mowie będącéj, a przez hydroterapeutów jako dowód skuteczności opasek piersiowych w suchotach płucnych przytaczane, jużto pozostawiają bardzo wiele do życzenia pod względem dyjagnostycznym, już też brzmią wręcz jak legendy.

Uwagi godnym jest np. ustęp o leczeniu gruźlicy w broszurze Czerwińskiego (*Compend. der Thermother.*) Kto książeczkę tę zdołał odczytać do str. 168, temu nie godzi się wątpić, skoro w dalszym toku ujrzy napis o leczeniu gruźlicy, że i ta choroba nie oprze się wszechwładnéj hydroterapii Czerwińskiego. I zaiste przewidywania te czytelnika nie zawodzą. Jest tam opis jednego tylko przypadku kazuistycznego, ale ma on ważyć za wiele innych. Dotyczy on pewnéj kobiety, która przed laty zapadła na „chroniczne zapalenie płuc“. „Przez całe 2 lata choroba rozwijała się bez przerwy, żaden środek nie pomagał, autor był w rozpaczy“... Na żądanie choréj uciekł się nareszcie do opasek piersiowych, po których równie jak i Prysznic nie otrzymywał był dawniéj bynajmniéj dodatnich rezultatów. Tym razem wpadł autor na myśl, aby w celu zapobieżenia parowaniu wody pierwszą wilgotną opaskę pokryć płótnem sprężnikowém. I oto o cudo! już po pierwszéj takiéj opasce chora po raz pierwszy od 2 lat nie miała dreszczu wieczorem a w nocy potów! W 6 tygodni chora wyzdrowiała!...

Jak widać z opisu, autor główny kładzie nacisk na owo płótno sprężnikowe, ono to ma być owém jajem Kolumba, którego zagadkę rozwiązał drugi Prysznic. Mimo to jest to w rocznikach autora przypadek odosobniony i owo misteryjum bynajmniéj nie zachęca autora do doświadczania go na jak największéj liczbie suchotników (str. 172).

Jaki wpływ może wywierać pokrycie pierwszéj opaski wilgotnéj płótnem sprężnikowém? Pojmujemy, że użycie materyjału nieprzepuszczającego wilgoci jest wygodném, gdyż ochrania chorych od zwilżania bielizny itp., ale czy ma jakie znaczenie zasadnicze w przeciwstawieniu do opasek bez takiegoż materyjału?

W tym względzie łatwo się przekonać doświadczalnie pomiarami termometrycznemi, że opaska pokryta płótnem sprężnikowém, ceratą lub tp. materyjami rychléj się oziębia niż opaska pokryta szczelnie suchém płótnem zwyczajném. Doświadczenie to obala wyrozumowaną teoryję, według któréj opaska pokryta płótnem sprężnikowém ma być i po 11 godzinach wilgotną a ciepłota pod nią coraz bardziéj się powiększać (Czerwiński, *Compend.* 130), ba nawet ciepłota ta miałaby przewyższać prawidłową temperaturę ustroju (111) i ciągle jeszcze wzrastać(!). Wbrew temu dowolnemu twierdzeniu, na którém ma się opierać cała cudowna wartość lecznicza opasek piersiowych, nauka stwierdziła co innego. W téj mierze odsyłam czytelnika do badań Winternitza (II, 65 i nast.), z których wynika, że opaska pod płótnem sprężnikowém wprawdzie rychléj się ogrzewa oraz że wolniéj wysycha, że jednak natomiast rychléj się oziębia aniżeli bez płótna sprężnikowego, a przy tém utrudniając ulatnianie się pewnych wydzielin skórnych często sprowadza wyprysk skórny, czyraki itp. (Runge, *Valentiners Balneotherapie* 540). Z pomiarów termometrycznych wynika, że opaska pokryta płótnem gutaperczaném nie wysycha jeszcze i po 8 godzinach, gdy opaska bez takiegoż pokrycia wysycha w tym czasie zupełnie; tudzież że pierwsza (z gutap.) największemu ulega ogrzaniu o tym samym mniéj więcéj czasie po założeniu co i opaska druga (bez gutap.), przy czém temperatura pod pierwszą przewyższa pierwotną temperaturę skóry o 1·5° C. (wynosi więc około 36·5, czego przecież nikt nie będzie uważał za ciepłotę przewyższającą temperaturę krwi), pod drugą zaś o 1·1° C. To wszystko przemawiałoby poniekąd za użyciem gutaperchy; pozorna korzyść jednakże niknie w obec faktu, że opaska z gutaperchą po 2 godzinach nagle szybko zaczyna ziębnąć, w 3 godz. temperatura pod nią jest niższą od pierwotnéj (skóry) a w 8 godz. już niższą o przeszło 2·0° C., gdy druga (bez gutap.) w 3 godz. jeszcze ma ciepłotę pierwotną skóry, powoli następnie chłodnie a po 8 godz. choć już jest suchą, zaledwie o 1° C. okazuje temperaturę niższą od pierwotnéj ciepłoty skóry.

O prawdziwości powyższych wypadków termometrycznych każdy snadnie przekonać się może.

Pokrywanie zatém opaski płótnem sprężnikowém ma swoje strony wygodne i pozornie korzystne, ale ma i ujemne. Tyle pewna, że nie pokrycie kauczukowe jest owém *arcanum* leczącém w 6 tygodniach dwuletnie suchoty płucne połączone z codziennemi dreszczami pod wieczór i potami nocnemi.

Na wieść o rezultatach leczniczych Rokitanskiego zebrała się przed rokiem osobna komisyja z lekarzy, którzy badali wyleczonych wrzekomo będźwinianem sodowym suchotników; w naszym przypadku sama pozycyja towarzyska choréj uniemożebniłaby podobne zabiegi czyjekolwiek. Przypadek powyższy Czerwińskiego uchyla się zatém z pod wszelkiéj krytyki lekarzy, którym wolno wierzyć ale i wątpliwości za złe brać nie można. W tym względzie byłem w tak szczęśliwém położeniu, że lecząc tę samą chorą na ostry katar żołądka miałem sposobność dokładnego zbadania jéj płuc. Pacyjentka około l. 40 licząca, o szczupłéj budowie ciała i podupadłém odżywieniu (co się w części tłumaczy 7krotném poronieniem w ciągu lat 5 i ciężkiemi krwotokami poporodowemi — *Compend.* str. 169), cierpi na przewlekły nieżyt oskrzelowy ze skłonnością do eksacerbacyj, miernego stopnia rozedmę płuc i lekkiego stopnia *asthma bronchiale;* o przebyciu jakichkolwiek chronicznych zmian zapalnych miąższu płucnego, któreby następową retrakcyję płuc, zapadnięcie klatki piersiowéj itd. wywołać musiały, nie znalazłem żadnego śladu. Dotyczy to mianowicie płuca prawego, które według autora (str. 169) miało w r. 1875 (tj. 5 lat po owém wyleczeniu) wykazywać oddech oskrzelowy a w którém, podobnie jak i w lewém, znalazłem w styczniu 1881 wdech wszędzie pęcherzykowy, wydech zaostrzony obok objawów chronicznego suchego nieżytu większych oskrzeli.

Nie mogąc wątpić o wiarogodności i dokładności badania autora aż do r. 1875 a i do rezultatów własnego badania z r. 1881 przywiązując pewną wagę, dwa te tak sprzeczne wypadki badania chyba w ten sposób ze sobą mógłbym pogodzić, że od r. 1875 pod wpływem nieustającéj prawie do dziś dnia kuracyi wodnéj zniszczony 7letnią chorobą miąższ płucny uległ zupełnéj regeneracyi i do pierwotnego powrócił stanu prawidłowego. Dla czego autor wyniku tego nie ogłosi, owszem do dziś dnia utrzymuje, że pacyjentka jedném tylko oddycha płucem, trudno mi pojąć gdyżby to był tryjumf, o jakim świat lekarski dotychczas ani zamarzyć sobie nie pozwolił i niezawodnie nigdy nie pozwoli.

Przypadek Winternitza (*Hydrother*. II, 98) zachowywał się nieco inaczéj. Dotyczył on 23 letniéj dziewczyny z *phthisis florida*; pod wpływem podawania nastoju Fowlera, kuracyi mlecznéj, klimatoterapii i zakładania na noc opasek (bez gutaperchy) gorączka ciągła zmieniła się na przepuszczającą a długi jeszcze czas pojawiały się nasilenia gorączkowe i poty nocne, nareszcie po 5 miesiącach chora przestała kaszleć a po 6 miesiącach wyzdrowiała. Badanie fizyczne wykazało w końcu jamę w szczycie lewym i obniżenie szczytu prawego. Nie można na podstawie tego przypadku rozbierać wartości leczniczéj opasek piersiowych, którym Winternitz w pewnéj części przypisuje tak pomyślny rezultat leczniczy, gdyż prócz opasek piersiowych stósowano zmywania ciała, podawano nastój Fowlera, a przedewszystkiém umieszczono chorą wśród znakomitych warunków klimatycznych, higijenicznych i dyjetetycznych.

Do tych to warunków odnieść należy niewielki procent pomyślnych rezultatów w chorobach płucnych, jaki sam obserwowałem przy leczeniu hydryjatryczném, rezultatów polegających na poprawioném odżywieniu, powiększeniu ciężaru ciała, złagodzeniu kaszlu itp. objawów. Procent ten, jak powiadam, nader mały, byłby niezawodnie większym przy racyjonalném leczeniu klimatyczném z zastósowaniem wskazanych w każdym przypadku zabiegów hydroterapeutycznych, skierowanych już to przeciw nadmiernéj gorączce, już to rozpływnym potom i biegunce itp. Szablonowe traktowanie chorych płucnych czy to opaskami piersiowemi z kauczukiem czy bez kauczuku czy natryskami (w Davos) itp. nigdy sobie nie zdobędzie wartości ogólnego środka leczniczego w chorobie tak zmiennéj i różnorodnéj jak suchoty płucne.

Słusznie powiada doświadczony Pinoff (*Handbuch d. Hydrother. 381*): „*Wenn einzelne Autoren das Vertrauen zu dem Wasserheilverfahren haben, dass dasselbe ein Heilmittel gegen die Tuberculose sei..., so gehen sie nach meiner Ueberzeugung in ihrer Vertrauensseligkeit zu weit*“.

Wykrzyk więc Czerwińskiego: *Die Bahn ist gebrochen, mögen sie recht viele Aerzte betreten*! jest w odniesieniu do leczenia „gruźlicy“ opaskami piersiowemi bałamutnym zachwytem; trzeźwo myślący lekarz wie, co o tém myśleć.

Tyle na dziś. Dalsze uwagi z zakresu hydroterapii odkładam sobie na późniéj.

---

## V. Oceny i sprawozdania.

### O cięciu cesarskiem i jego metodach

napisał Dr. A. Mars
Docent położnictwa i Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj U. J.

Przez wyrażenie „cięcie cesarskie“ (*sectio caesarea, laparo-hysterotomia*) rozumiemy operacyję, wśród któréj torujemy dla płodu sztuczną drogę porodową przez nacinanie powłok brzusznych i ściany macicy. Operacyja ta była już w odległéj starożytności na zmarłych niewiastach brzemiennych wykonywaną, a nawet istniało prawo przypisywane Numie Pompilijuszowi, „*lex regia*“ zwane, które nakazywało wykonywanie cięcia cesarskiego na każdéj zmarłéj brzemiennéj. Prawo to, acz w odmiennéj formie, bo w celu wykonania chrztu na dającym jeszcze znaki życia płodzie, utrzymało się za czasów chrześcijaństwa i dotrwało do dni dzisiejszych. Odnośnie do tego istnieje podanie: że *Scipio Africanus* pierwszy z cezarów z przeciętego łona zmarłéj wśród porodu matki wydobyty, dlatego, że *ex utero caeso* pochodził, cezarem nazwany został. Podanie to, które *Shakespeare* tak pięknie w Makbecie zużytkował, łączy się i z innemi sławnemi imionami, jak Manilijusza, Gorgijasza z Leontium, Andrzeja Dorii, Napołeona I i t. d. Imiona te wykazują nam, że pochodzenie téj operacyi starożytnych sięga czasów, a mimo to przez długie wieki wykonywano ją tylko na zmarłych niewiastach brzemiennych. Kto i gdzie wykonał po raz pierwszy operacyję tą na osobie żywéj, trudno powiedzieć, zdania bowiem autorów się tutaj różnią, to jednak pewném jest, że wykonywać ją poczęto dopiero z końcem XVI lub początkiem XVII wieku. I tutaj mamy podanie, że pierwszy miał wykonać na osobie żywéj cięcie cesarskie Nufer rzeźnik, ratując tym sposobem swą żonę i dziecko. Pojedyncze przypadki odnoszące się do wieku XVI wspomnione przez Döringa i Donata, jakotéż 15 przypadków opisanych przez Franciszka Rousseta w r. 1581 podane są tak, że nie można powiedzieć z pewnością, czy to były operacyje cięcia cesarskiego na osobach żywych, lub téż laparotomije wykonane w celu urodzenia płodów, które po pęknięciu macicy lub torbiela ciąży zamacicznéj do jamy brzusznej się dostały. Pierwszy pewny przypadek téj operacyi wykonanéj na osobie żywej pochodzi z r. 1610, operowany przez Trautmanna, jak to zgodnie podają Tandler, Sennert, Döring i Fabricius Hildanus. Różni operatorowie z różném szczęściem i na różny zapewno sposób wykonywali cięcie cesarskie na osobach żywych w ciągu 17 stulecia. Brak ustalonych zasad, złe wyniki operacyi były zapewne przyczyną, że operacyja ta niemiała ogólnego uznania. Między przeciwnikami téj operacyi spotykamy imiona autorów jak: Paré, Guillemeau, Mauriceau, Viardes, Marchant, Sacombe i t. d., ale i nie mniéj poważnych miała téż obrońców. Zabiegom Levreta i Steina udało się nadać téj operacyi podstawę naukową, mimo to jednak znaczna śmiertelność po operacyi, trudności w jéj wykonaniu, a wreszcie bezsilność w obec przypadów wśród operacyi się zdarzających, dawały pochop do wymyślania różnych poprawek w metodzie operacyjnéj i do tworzenia nowych operacyj, które miały na celu zastąpić operacyję cięcia cesarskiego, w mniejszéj lub większéj liczbie przypadków. Poprawki dotyczyły przeważnie cięcia w powłokach brzusznych i opatrzenia ran operacyjnych; mówić o nich będę opisując pojedyncze akta operacyi.

Co się tyczy nowych operacyj to w r. 1768 podał Sigault plan nowéj operacyi tak zwanéj symphysiotomii, która polegała na przecięciu spojenia kości łonowych w celu powiększenia tym sposobem wymiarów miednicy. W roku 1777 wykonał ją na słynnéj z tego powodu pani Souchot z pomyślnym skutkiem. Przypadek ten zjednał autorowi medal złoty, a operacyja nabrała z razu nader wielkiego rozgłosu, którym się niedługo mógł cieszyć, albowiem Lauverjat, Baudelocque, a wreszcie Kilian wykazali, że sławione zalety ope-

racyi nie są słuszne, i tak: że powiększenie wymiarów mie dnicy przy téj operacyi jest nieznaczne, bo w wymiarze prostym wchodu miednicy nie więcéj jak 2—3 cali wynosi; że zdarzały się przypadki, w których po dokonaniu téj operacyi musiano do wymóżdzenia płodu, a nawet do cięcia cesarskiego przystąpić, daléj pomijając trudność w wykonaniu, że śmiertelność matek i dzieci nie jest mniejszą niż przy operacyi cięcia cesarskiego, a wreszcie, że w przypadkach wyzdrowienia wytwarzają się nader uciążliwe stany patologiczne, jak n. p. nader utrudniony chwiejny chód, wypadnięcie pochwy i macicy, obumieranie kości łonowych, rozległe przetoki pęcherzowe i t. d. Jedném słowem operacyja ta zupełne porzuconą została.

W r. 1786 podał Aitken w Edinburgu operacyję, którą nazwał pubiotomiją, wśród któréj chciał przepiłowywać obustronnie poziome gałęzie kości łonowych, aby wypiłowany kawałek mógł być późniéj tak zagojony, żeby wystawał ku przodowi przed resztami kości łonowych, a tém samém aby wymiary proste miednicy mogły być i na przyszłość powiększone. Operacyja ta nie znalazła zwolenników i nie była téż na osobie żywéj wykonaną. Pod koniec XVIII stulecia wystąpił Cavallini z propozycyją wycinania macicy przy operacyi cięcia cesarskiego, robił nawet doświadczenia na zwierzętach, myśl ta jednak została pominiętą podówczas.

W r. 1806 podał Joerg nową operacyję, znaną pod nazwą laparo-elytrotomii. Operacyja ta ma na celu utorowanie sztucznéj drogi porodowéj dla płodu przez powłoki brzuszne z ominięciem przecięcia macicy. Pierwszy wykonał tą operacyję Ritgen w r. 1820 a zaraz po nim Baudelocque w r. 1823. Wykonywano ją w sposób następujący: po przecięciu skóry nad więzem Pouparta jednéj strony operator drążył ku jamie miednicy omijając starannie przecięcia otrzewnéj dopóty, aż dosiągnął pochwy, którą asystujący ku górze napinał, dosiągnąwszy takowéj otwierał ją na małéj przestrzeni nożem, otwór rozszerzał tępym sposobem, aby nie skaleczyć moczowodów, przechylał potém dno macicy ku stronie przeciwnéj tak, aby ujście zewnętrzne macicy ile możności do rany w ścianie brzusznéj przybliżyć i przez nią płód z macicy wydobyć. I ta operacyja poszła w zapomnienie.

W r. 1824 podał i wykonał na osobie żywéj Galbiati w Neapolu operacyję, którą nazwał pelviotomiją. Autor téj barbarzyńskiéj operacyi, wśród któréj przecinał miednicę w 5ciu miejscach, a mianowicie przecinał spojenie kości łonowych i przepiłowywał połączenie tychże z kośćmi biodrowemi i siedzeniowemi, miał z własnéj namowy tylko jednego naśladowcę Ippolito Nunziante. W r. 1858 Christophoros proponował operacyję: *resectio ossium pubis*, nikt jéj jednakowoż nie wykonywał. W ostatnich czasach wyrwali z zapomnienia laparo-elytrotomiję Thomas i Skene i wykonali ją około roku 1870 kilkakrotnie z dość pomyślnym skutkiem. W obec bardzo nielicznéj statystyki téj operacyi trudno więcéj powiedzieć nad to, że jéj zdrowa myśl przewodniczy, chociaż nie lada trudności do zwalczenia podaje, i nie we wszystkich przypadkach może zastąpić operacyję cięcia cesarskiego.

Jak z krótkiego tego opisu widzimy, aż do ostatnich lat utrzymała się dawna operacyja cięcia cesarskiego, wszystkie bowiem wymyślane nowe operacyje nie dawały ani lepszych wyników, ani nie mogły jéj zastąpić we wszystkich przypadkach. W roku dopiero 1876 Porro, jak sam powiada, podjął myśl 100 lat pierwéj przez Cavalliniego rzuconą. Myśl tę podnosili już wprawdzie Michaëlis, Geser i Rein, robili doświadczenia na zwierzętach, ale wystąpienia ich nie znalazły zwolenników. Co więcéj nawet Storer wykonał w r. 1868 tę operacyję, t. j. wyciął macicę u pierwiastki, u któréj robiąc operacyję cięcia cesarskiego znalazł torbielowaty włókniak macicy. Storer wyciął macicę zmuszony powikłaniem, jak się sam z tego w swém sprawozdaniu tłumaczy. Porro pierwszy wykonał w Pawii nową metodę cięcia cesarskiego i przystąpił do operacyi z planem z góry zakreślonym, słusznie zatém jest uważany za wynalazcę metody, odtąd metodą według Porro zwanéj, mimo, że niemieccy autorowie utrzymują, jakoby Späth w Wiedniu a Hegar w Freiburgu robiąc operacyję cięcia cesarskiego z następowém wycięciem macicy o swym poprzedniku niewiedzieli, który prawie o rok pierwéj operacyję swą wykonał i niebawem drukiem ogłosił.

Czyniąc zadość założeniu przystępuję do opisu operacyi cięcia cesarskiego i jego metod. Operacyja cięcia cesarskiego bywa wykonywaną obecnie na osobach brzemiennych lub rodzących zmarłych, jako też i na żywych. Metód operacyjnych mamy dwie, t. j. metodę dawniejszą cięcia cesarskiego i metodę Porro, z tych pierwsza wykonywaną bywa na osobach żywych i umarłych, druga zaś tylko na żywych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

### Dr. Collins Warren. **Patologija karbunkułu.**

Już dawno zgodzono się, że podstawę patologii karbunkułu stanowi obumarcie pewnéj części tkanki, ale panowała i panuje jeszcze znaczna różnica zapatrywań co do tego, czy rozchodzi się tu o obumarcie części właściwéj skóry lub tkanki komórkowéj, czy też obu lub gruczołów. Objawy kliniczne tego cierpienia, acz cechujące, nie wystarczają do rozstrzygnięcia téj wątpliwości i dla tego znakomici chirurgowie różnie się na tę sprawę zapatrują. Dr. Collins Warren poświęcił wiele uwagi temu przedmiotowi i nabył przekonania, że patologija karbunkułu zostaje w ścisłym związku z pewnemi pierwiastkami budowy skóry, dotąd nieopisanemi, które nazwał *columnae adiposae*. Stwierdzoném jest, że w grubéj skórze opatrzonéj jedynie delikatnemi włosami (*lanugo*) znajdują się prawie prostopadłe szpary i cienkie kolumnowate przestwory sięgające od spodu torebek włosowych przez głębsze części *corium* do podskórnego *panniculus adiposus*. Przestwory te są wypełnione tłuszczem, naczyniami krwionośnemi, limfatycznemi, a zwykle także złożonemi gruczołami potnemi i do tych to przestworów odnosi się nazwa *columnae adiposae*. Prawie od środka tychże odchodzą boczne poziome odnogi tworzące sieć kanałów komunikacyjnych w *corium*, dającą się nastrzykać z podskórnego pokładu tłuszczowego. Tuż koło dolnego końca każdéj kolumny przechodzi szerokie pasmo włóknistéj tkanki od *corium* przez pokład tłuszczowy do głębszéj powięzi. Sąsiednie wiązki krzyżują się w różnych kierunkach, łączą więc skórę mniéj lub więcéj ściśle z głębszą powięzią; kolumny te znachodzą się jedynie w związku z torebkami włosowemi i w skórze grubéj z delikatnemi włoskami, w innych stosunkach torebki zaledwie dosięgają *corium*. Naczynia, które wszystkie dochodzą do właściwéj skóry przebijając jéj spodnią powierzchnię znachodzimy jedynie wzdłuż tych kolumn tłuszczowych i oddające boczne gałązki wzdłuż odnóg rzeczonych kolumn. Nacinając brzeg karbunkułu Dr. W. znajdował jako pierwszą zmianę naciek podskórnéj tkanki tłuszczowéj wędrującemi komórkami, które nachodzą *columnae adiposae* i szerzą się wzdłuż ich gałązek bocznych i odnóg, tak że ostatecznie nacieklą jest skóra właściwa

w całéj grubości z wyjątkiem cienkiego powierzchownego pokładu, który wolny od tych kanałów nie przedstawia przestworów, wzdłuż których komórki mogłyby wędrować. To jest połączone z obrzmieniem i wydłużeniem kolumn i ze zniszczeniem właściwych ich składników a stają się one w tym stanie widocznemi gołém okiem jako małe wysterczające krostki, a często dojrzeć można, że tkwi w nich delikatny włosek.

Lecz znaleziono téż i inne źródło tych małych powierzchownych krostek. Brodawki ulegają naciekowi i stają się edematycznemi, nabrzmiewają i często nabierają kształtu balonowatego, przyczém dolny koniec jest scieńczony; wówczas wystrzeliwują ponad powierzchnię, treść ich zamienia się w ropę i rychło uchodzi. Przyległe brodawki mogą się łączyć i tworzyć dość szerokie krosty, ale znów z drugiéj strony proces może się zatrzymać tuż przed ropieniem, a w zapalonych tkankach rozpoczyna się przeobrażenie wsteczne. Tymczasem naciek podskórny trwa daléj, szerzy się i wzmaga, powstrzymuje zaopatrywanie krwią nie rozkładając jednakowoż głębszych wiązek włókien przez niego przechodzących, te więc tworzą na dnie karbunkułu ciągnącą się i przylegającą masę. Można więc powiedzieć, że istotną przyrodę karbunkułu stanowi naciek ropny tkanki podskórnéj z nastrzykaniem pewnych prawidłowych jamek właściwéj skóry i zapalne produkta uciskające naczynia odżywcze i prowadzące do ropienia i rozpływu. Zwykłe usadowienie się karbunkułu i odmienny jego charakter skoro pojawi się na skórze, któréj *corium* jest bardzo cienkie lub włosy długie i twarde, sztywne, wskazują, iż wyjaśnienia jego własności należy szukać w odpowiedniéj budowie anatomicznéj. Patologija ta tłumaczy téż w zupełności znaczną ulgę, jaką przynoszą nacięcia. Dr. Warren twierdzi, że nie tylko ropne nacieki ale także nowotwory, jak *sarcomata* i *naevus*, szerzą się ku powierzchni wzdłuż tych *columnae adiposae*, i że w takim razie można te stosunki łatwo rozpoznać gołém okiem. (*The Lancet* 1881, I, 14).

*Dr. Grabowski.*

### H. Tomkins: **Przeciwgorączkowe leczenie duru brzusznego salicylanem sodowym.**

Autor poddawszy krytyce najważniejsze z dotychczasowych sposobów postępowania przeciwgorączkowego w durze brzusznym, uznaje na podstawie swoich doświadczeń szpitalnych leczenie salicylanem sodowym za najkorzystniejsze. T. stósował salicylan sodowy w sposób następujący:

Skoro tylko ciepłota przekroczyła 39·0 C., zadawał od 1·00 do 1·50 salicylanu sodowego co dwie godziny. W następstwie prawie stale ciepłota obniżała się po 6ciu zadawkach o 2—3 stopni C.; jeśli to nie nastąpiło, podawał daléj co 2 godziny tę samę dawkę leku, aż uzyskał żądane obniżenie się ciepłoty, co najpóźniéj po 24 godzinach następowało. Poczém dawkę zmniejszał do połowy (0·50—0·75 co 2—3 godziny), powiększając ją jednak wtedy, gdy ciepłota okazywała skłonność do znaczniejszéj eksacerbacyi wieczornéj. W ten sposób postępował od 3 do 10ciu dni, po upływie których ciepłota zwykle nie podnosiła się nad 38° C. z wyjątkiem rzadkich eksacerbacyj wieczornych, gdzie dochodziła do 38·5—39·0° C. W ciężkich, ze znaczniejszém osłabieniem serca przebiegających, przypadkach podawał równocześnie wyskok w formie wódki lub koniaku. Pod wpływem takiego leczenia autor miał mieć najkorzystniejsze wyniki. Postępowanie to jest wielce różne od zwykle stósowanego leczenia salicylanem sodowym, gdzie się zwykło podawać przed eksacerbacyjami naraz większe dawki salicylanu sodowego (2—3·00); polega ono na wcielaniu ustrojowi przez dłuższy czas regularnie mniejszych ilości tego środka. (*The Lancet*, 1881, I, 11 i 12). *Dr. Ponikło.*

### Steinheim: **Leczenie wydęcia stożkowatego rogówki** (*keratoconus*) **ezerynem.**

Autor opisał przypadek wydęcia stożkowatego rogówki, który wyleczył stosując opaskę uciskową i zapuszczając ezeryn w przeciągu 2 miesięcy. Chory, malarz. cierpiał już przed 20 laty na wspomnianą chorobę na oku lewém. Autor wykonał operacyję według sposobu przez Graefego podanego i uzyskał S. $^{16}/_{200}$. Dziesięć lat późniéj zgłosił się chory z taką samą chorobą na oku prawém. Wzrok się był znacznie pogorszył, lecz chory pomimo to pracował. Przed kilkoma tygodniami mógł jeszcze czytać najdrobniejszy druk przyczém powiekami uciskał gałkę oczną, w skutek czego bezwiednie zmieniał krzywiznę wydęcia. W chwili, kiedy rozpoczęto leczenie, liczył tylko palce na 2 do 3 stóp. Chory domagał się operacyi, która po dłuższém stósowaniu wyżéj wspomnianych środków leczniczych stała się zbyteczną. Poprawę wzroku wykazuje cały szereg rysunków, które chory sporządzał, odrysowując przedłożone wzory, jak n. p. koła, krzyże i t. p. Obrazy z początku zupełnie zamazane i niepodobne do wzorów coraz wyraźniejszemi się stawały. Pęcherzykowato wypuklony szczyt stożka rogówkowego spłaszczył się w czasie leczenia a natomiast pozostało bliznowate zaciemnienie, któregoby od zwykłych zaćmień, jakie pozostają w rogówce po naciekach ropnych, odróżnić nie można. Obwód tegoż zmniejszył się z czasem. Po ukończeniu leczenia chory za pomocą szkieł periskopijnych z — 3½ widział na 120 cm. bardzo dokładnie a więc w tém oddaleniu, w którém zazwyczaj malował. Czytał nawet pojedyńcze słowa skali Jaegra Nr. 1. Kilka miesięcy zaś późniéj czytał Snellena Nr. 1 na 3 cale. Wynik leczenia jest tak znakomity, iżby należało w każdym przypadku wydęcia stożkowatego zalecone środki stósować, a to tém bardziéj ile że operacyja Graefego nawet nie powstrzymuje we wszystkich przypadkach dalszego rozwoju choroby. (*Archiv für Augenheilkunde, Knapp et Hirschberg.* Tom IX, 1880). *Dr. Machek.*

---

## Wiadomości pomniejsze.

(F. M.) **Przypiekanie termokauterem klatki piersiowéj w przewlekłych nieżytach oskrzeli.** Barth (*France médicale* 1881) podaje następujący przykład: Dziewczyna 20 letnia cierpiała od 3ch lat na rozległy nieżyt oskrzeli połączony z rozedmą płuc i napadami niezmiernéj duszności. W końcu pojawił się naciek prawego szczytu. Przez 8 tygodni podawano choréj najrozmaitsze leki, które nie sprawiły pożądanéj ulgi. Przystąpiono tedy do kauteryzacyi w ten sposób, iż na tylnéj części klatki piersiowéj przypieczono powierzchownie termokauterem bardzo wiele miejsc. Już na drugi dzień stan choréj znacznie się polepszył, po sześciu, a następnie znowu po trzech tygodniach, powtórzono przypiekanie, poczém chora zupełnie wyzdrowiała.

(F. M.) **Będźwinian sodowy w gośćcu stawowym** ma przewyższać działanie salicylanu sodowego. Macewan (*Brit. med. Journal*) przytacza cały szereg przypadków, w których ostre objawy gośćca znikały w 3—7 dniach od początku leczenia, a wyzdrowienie w krótkim czasie następowało. M. podaje bę-

dźwinian sodowy w roztworze, po 1 grm. na dawkę co 2 lub 3 godziny, po ustaniu głównych objawów zaleca jeszcze przez 24 do 38 godzin mniejsze dawki.

**Leczenie krztuśca za pomocą kwasu karbolowego.** Pod tym tytułem umieszczono w Nrze 8 Przeglądu Lek. str. 96 artykulik wyjęty z *Progrès médical* Dra Altramara. W formułce przytoczonéj podano na miksturkę 120 gramową 1 gram *Ac. carb. cryst.*, z tego do czterech łyżek dziennie. — Zachodzi tu widocznie mała pomyłka, gdyż dawka wypada bezwzględnie za wielką. Zważywszy bowiem, iż najwyższa dawka dzienna kw. karbolowego dla osób dorosłych, według kalendarza lekarskiego krakowskiego, nie powinna przekraczać 0.15; zważywszy że formułka wyżéj przytoczona poleconą jest dla dzieci; zważywszy że 120 gramów wynosi mniéj więcéj 8 łyżek, wypadałoby według téj formuły 0·50, a względnie 0·33 na dzienną dawkę dla dziecka; stósownie do tego, czy dziecko cztery lub téż trzy łyżki dziennie zażyje. Miano więc na myśli albo łyżeczkę kawianą, albo formuła powinna zawierać *Ac. carb. cryst.* nie 1.0; tylko co najwyżéj 0.1.

Uznałem za potrzebne zrobić tę uwagę, gdyż właśnie w Nrze 11 Przegl. Lek. jest podany z Wrocławia przypadek śmierci po połknięciu $8\frac{1}{2}$ grm. kwasu karbolowego w przeciągu 12 minut u mężczyzny 23 lat liczącego; a może ktoś z lekarzy, nierozważywszy dobrze i wierząc w drukowaną i wypróbowaną formułę, pokusiłby się o zapisanie takowéj: wprawdzie zapach i smak tego lekarstwa stanąłby tu na przeszkodzie przyjmowaniu go przez dzieci. *Dr. Lachowicz.*

(K. Gr.) Co do **grzybka zimnicy** podaje prof. Cordeli z Rzymu krótkie doniesienie, z którego wynika, że po długiém badaniu udało mu się wynaleść zarodniki zawierające prątki, przez co uważa za rozstrzygniętą sprawę rozmnażania się tych drobnowidowych ustrojów w ziemi. To odkrycie wyjaśnia téż przydarzanie się zaduchu zimniczego i ztąd powstającéj zimnicy w okolicach bagiennych, ani przez ludzi ani przez zwierzęta nie zamieszkałych, skoro kto narazi się na szkodliwy wpływ. Cordeli zgadza się z Klebsem i Marchiafawą (który znalazł grzybek zimniczy we krwi 3 chorych w czasie okresu zimna napadu zimniczego), że prątki te są nośnikami swoistemi jadu zimniczego. Jako analogija z tém zasługuje na wzmiankę, że w krwi osób, które uległy chorobie właściwéj sortującym wełnę, znaleziono *Bacillus Anthracis*, który więc należy uważać albo za przyczynę albo za objaw następowy choroby. (*Jour. d'Hyg.* 1880 Nr. 207. *Gesundheit* 1881 Nr. 3).

(K. Gr.) Tomassi Crudelli: **Zapobieganie zimnicy.** Spostrzeżenia robione w zimniczych okolicach Rzymu nasunęły T. myśl, iż możliwą jest rzeczą zapobiedz pojawianiu się zimnicy za pomocą przetworów arsenowych. Robił on z tego powodu doświadczenia porównawcze na zwierzętach, celem wykazania, czy ten skutek ochronny jest stały i aby oznaczyć odpowiednio do wagi zwierzęcia najmniejszą ilość arsenu, któraby zabezpieczała ustrój przed jadem zimniczym. Dawniejsze spostrzeżenia przekonały autora, że krew ludzi chorych na zimnicę zaszczepiona zwierzętom wywołuje téż u nich zimnice. Chociaż doświadczenia autora nie są jeszcze ukończone, to za wynik ich uważać można: że arszenik jest istotą małéj wartości handlowéj a w dawkach potrzebnych do wzmiankowanego celu ochronnego nieszkodliwą, będzie więc w celu zapobiegania zimnicom bardzo odpowiednim, jeżeli będzie się go używać regularnie. (*Deut. Med. Ztg.* 1881, Nr. 13).

## VI. Zdroje siarczane w Lubieniu.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego** ze Lwowa.

> „Polskie Cieplice niech po polsku mówią, a tłumacza zaniechawszy naszym ludziom same w swéj prostocie co najużyteczniejsze będą.“ Oczko w dedykacyi do „Cieplic“.

1. Nieco z balneologii staropolskiéj o wodach siarczanych.

Już u starożytnych Helenów wody siarczane miały sławę leczniczych i były bardzo wzięte jak: Thermiae, Thermopilae, Brussa. Rzymianie może większymi jeszcze byli zwolennikami takowych, a sława wielu przez nich używanych przeszła bez ujmy aż do naszych czasów. Takiemi są np. Aquae Gratianae (*Aix-les-Bains*), Aquae balneariae Luxonienses (*Bagnères de Luchons*), Thermae Helvetiae (Baden w Szwajcaryi), Thermae Herculis (koło Mehadyi we Węgrzech) i inne.

Niemniéj, jak u Helenów lub Rzymian, były cenione wody siarczane w Polsce. Tamci używali cieplic rodzimych, dostarczających im bez zachodu i kosztów kąpieli ciepłych, zaprawionych nadto „zaduchem siarczanym“; Polacy zaś od wieków używali tak do picia jako i do kąpieli swojskich zdrojów siarczanych zimnych. Im bałamutniejsze było w naukach staroświeckich pojęcie o przyczynie źródeł gorących, tém większą w lekarstwie przyznawano im moc leczniczą, właśnie dla ich „ciepła rodzimego.“ Jest to wyłączną zasługą i zaszczytem staropolskiéj balneologii, że to pojęcie błędne usunęła.

Dr. Wojciech Oczko, medyk IMci króla Batorego i ojciec balneologii polskiéj, był pierwszy z lekarzy, który wyrzekł stanowczo, że cudzoziemskie termy siarczane, a polskie zdroje siarczane zimne, zupełnie jednaką mają moc i wartość leczniczą, bo powiada: „którego to ciepła, jeśli w nich co nie dostawa, łatwiéj dowcip w kotle przyczyni, byle woda własność siarczaną a kruszców do chorób wypędzenia pożytecznych w sobie miała“ „Cieplice“, Kraków, 1578; Bibl. Ossol. 2,499, 4° fol. 10, b. Dla tém pewniejszego ugruntowania tego pojęcia nazwał nasze zdrojowiska siarczane Cieplicami. „Wszakoż w tym skrypcie choć jest jakoby o wszystkich cieplicach, o Polskich najwięcéj; które ile ich widziem siarczanéj własności są, choć jedne bardziéj niż drugie, ale mało albo nic inszych kruszców przymięszanego nie mają. Nie żeby w Polsce wód inszych nie było; gdyż hałunowa u Milatycz i w Drohobyczy, witryolowa w Bieczu i inszych dosyć widzimy, ale mówię o tych, co ich ludzie do kąpania używać się jęli, bąć na krępaku w Drużbakowie, gdzie ciepła woda, bąć u Jaworowa, bąć u Gródka, bądź u Krosna, w Mikolnicach przy Trębowli, w Swoszowicach przy Krakowie, wszystko to siarczane, moc tę mające chorego, który w nich siedzi, ratować, ciało zagrzewając, odwilżając, otwierając, zmiękczając, potém i potwierdzając“ (Oczko l. c. f. 25). Do tych to cieplic „udawali się zdrowi dla rozkoszy, a chorzy prze odpędzenia choroby“. (Oczko l. c. f. 12).

Wyzyskiwanie tych zdrojów terapeutyczne było wszechstronne. „Zażywanie wody jest dwojakie, abo saméj wody, abo tych rzeczy, które przy wodzie bywają, jako błota, dymu i pary jéj. Znowu abo zażywają saméj wody wewnątrz, abo po wierzchu. Wewnątrz zażywają dwojako: piciem i przez krystyry, które abo w kiszki, abo w macicę

abo w pendent według potrzeby zadawają. Powierzchownie zażywają wody rozmaitym sposobem abo się nią tylko myjąc, abo w niéj się kąpiąc, abo z niéj strumień, to jest: kapanie na który członek czyniąc, abo téż nią gąbką, abo chustą co naparzając.“ (Petrycy: „O wodach w Drużbaku i Łęckowéj,“ Kraków, 1635; Bibl. Ossol. 12,287, 4°, p. 25).

Według medycyny Galena wszystkie wody mineralne bez różnicy zalecano przeciw chorobom „zimnym i wilgotnym“ siarczanym zaś przyznawano osobliwszy wpływ na nerwy, na nerwobole i na przewód pokarmowy. (*Oeuvres d'Oribase* Bussmaker et Daremberg, T. II, p. 383). Wszelako lekarze staropolscy na tym dogmacie szkolnym nieprzestając, własnego rozumu i doświadczenia pilnie się trzymali. Wskazanie do użycia wód siarczanych wewnętrznie było dokładnie oznaczone.

„Przeto takowego picia używać się godzi (przypomioną dobrze przypurgawszy ciało), kiedy flegma piersi zaléże, kiedy wątroba żyły zamuli, kiedy żołądek odsorowieje, kiedy kiszki kolika, albo nerki kamień rzezanie, uryny zawściąganie popada, kiedy krwawnice abo się zatkają, abo nazbyt cieką, a osobliwie kiedy przez pendent „wnętrzne plugastwo zgniło ciecze, co iż więc niewiast jako i mężczyzn niemniéj dolega, które przez głupi wstyd rady za czasu szukać nie śmieją. Ich to lekarstwo niechaj będzie właśnie na chorobę przyrodzoną, kiedy nieporządnie, kiedy biało a kiedy nazbyt ciecze, kiedy macica wilgotniejsza, kiedy osłabiała znaczno albo donosić nie może. Jednakże się upomnić godzi, że do takiego używania nie wszystkich wód cieplicznych zalecać możemy, ponieważ bywają dosyć różne — ale siarczane, jakie u nas po wielu miejscach się znajdują, do tych chorób są tak dobre, jako gdzie najlepsze być mogą.“ (Oczko l. c. f. 22). „Gdy też kto choruje na dychawicę i inne choroby, które na piersi przypadają z wilgotności grubych zaziębłych i zaplugawionych, bądź one pijąc, bądź też się w niéj kąpiąc, gdyż medici pospolicie używają *flores sulphuris* dla dychawicy i częstokroć z wielką pomocą dychawicznych.“ (Sykst· „O cieplicach w Szkle“; Zamość, 1617, Bibl. Ossol. 16,870, 4°, p. 142). „Najbardziéj jednak ta woda pomocna jest tym, co mają skórę po wierzchu plugawą, bądź to będą strupy, parchy, otręty, łupieże, krosty suche albo zropione“. (Sykst. l. c. p. 145).

Co do „przymiotu dworskiego“: „Nie żećby jéj przypadki niektóre, gdyż ich jest dosyć, też ztąd pomocy jakiéj wziąć nie miały, ale sama jéj istota temi się wypędzić nie da. Ponieważ jest choroba przyrzutna, która z sobą wstęchlinę jadowitą niesie, a duchy zaraza i krew wszystkę zaraza“ (Oczko l. c. f. 38, b).

Z tych tu przytoczonych z balneologii staropolskiéj ustępów wynika, jak wielką wartość w narodzie i u lekarzy miały „polskie cieplice“, chociaż z drugiéj strony była niezrozumiałą obojętność na stan dzikości, w jakim zostawały. To też żali się Oczko w przedmowie do kasztelana Trockiego, Ostafiego Wołowicza, gdy powiada: „A zwłaszcza owemu się nierządowi podziwiwszy, że tak wiele ludzi czasem téż i znacznych, tych to cieplic używając, a jeden na drugiego powieść, jako ślepy za ślepym jadąc, ani kiedy począć, ani jako ich użyć albo kiedy przestać dotąd nie umieją. To jednak naszych ludzi wielkiém niedbalstwem, a jakoby darów od Boga nam danych, wzgardą się dzieje, że ani tego dotąd u nas opisano, ani się o to starano, jakoby rzeczy tak bardzo potrzebne w większéj cenie były.“ „A u postronnych ludzi w jakim to kochaniu, wspominać ja niechcę, gdyż nie jest żaden, który się jedno za granicę domową wychylił, któryby się nie napatrzył jako marmurami, mosiądzem i wszelkiemi dostatki miejsca takie są ochędożone.“

(Ciąg dalszy nastąpi).

## VII. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

### Wystawa przyrodniczo-lekarska w Krakowie.

W myśl uchwały Wydziału Gospodarczego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich równocześnie z Zjazdem ma mieć miejsce wystawa przedmiotów, mających styczność ze sztuką lekarską i naukami przyrodniczemi.

Celem wystawy jest przedstawić zebranym lekarzom i przyrodnikom ruch naukowy na polu badań z prac umiejętnych, środki naukowe pomocnicze w najnowszych czasach używane, tudzież co w gałęziach przemysłu i rękodzieł, najbliżéj ich dotyczących, wyrabia się w kraju, a zatém nie potrzebuje być sprowadzane z zagranicy, jakie są tych wyrobów zalety lub niedostatki i czego zgoła brakuje.

Przedmioty kwalifikujące się do wzmiankowanéj wystawy są następującego rodzaju.

I. Wystawa prac badawczych w okazach z zakresu nauk przyrodniczych, lekarskich i technologii, dla wykazania ruchu naukowego, jaki się objawił w kraju naszym w ostatnich latach. (Dział wyłączony od ubiegania się o nagrody).

II. Środki naukowe pomocnicze, rzadkie lub pouczające okazy flory, fauny, rozmaitych pokładów, skamielin, zwłaszcza cechujących fizyjografiję krajową, antropologiją i etnologiją krajową, wyroby anatomiczne i anatomopatologiczne sztucznie przechowywane, zbiory preparatów drobnowidowych, okazy przyrodnicze i wyroby anatomiczne sztuczne z różnych materyjałów (np. z masy papierowéj, wosku, gipsu i t. p., a także rzeźbione, galwanoplastyczne i t. d.). Nakoniec należą tu okazy lub modele z zakresu techniki naukowéj różnych gałęzi umiejętności przyrodniczych i lekarskich, higijeny i technologii.

III. Diagramy, kartogramy i mapy z zakresu demografii, fizyjografii, statystyki zdrowotnéj, higijenicznéj i zdrojowéj, plany szkół, łazienek, rzeźni, szpitalów, rozmaitych zakładów dobroczynnych, higijenicznych urządzeń w fabrykach i pracowniach rękodzielniczych. Drzeworyty, litografije czarne i barwiste, sztychy, fotografije i inne sposoby odwzorowywania rysunkiem przedmiotów mających związek z naukami lekarskiemi i przyrodniczemi. Dzieła illustrowane i nieillustrowane polskie z dziedziny nauk przyrodniczych i lekarskich w ostatnich 12 latach wydane.

IV. Przetwory chemiczne i okazy wyrobów chemicznotechnologicznych, o ile mają związek z naukami przyrodniczo-lekarskiemi i rozwojem téj gałęzi przemysłu fabrycznego krajowego.

V. Okazy leków surowych krajowych i przestwory farmaceutyczne; wyroby aptekarskie fabryczne różnego rodzaju, jako to: czekolady lekarskie, kołaczyki i t. p. wyroby wchodzące w zakres tak zwanéj „*Pharmacopoea elegans*“ i przemysłu aptekarskiego. Kosmetyki wyrabiane na większe rozmiary, o ile skład ich znany jest ciałom lekarskim i urzędom zdrowia; wreszcie wyroby przemysłu zdrojowego, wody mineralne polskie, ługi, sole i inne przestwory z takowych wyrabiane.

VI. Okazy pokarmów i napojów w stanie świeżym. Porównawcze zestawienie ich sfalszowań, konserwy pożywek. Środki dezinfekcyjne i odwaniające i tym podobne artykuły higijeniczne; przyrządy gimnastyczne itp.

VII. Narzędzia i przyrządy anatomiczne, chirurgiczne, opaski, narzędzia i przyrządy okulistyczne, położnicze i semiotyczne. Sztuczne zęby, oczy i członki, przyrządy ortopedyczne, elektro-lekarskie, balneo-techniczne, higijeniczne (sączki itp.), weterynaryjne, chemiczne, fizyczne, optyczne, meteorologiczne i astronomiczne. Zbiory tanie podręczne okazów przyrodniczych, mogących służyć do wykładów w zakładach naukowych.

VIII. Przyrządy i materyjały, służące do pielęgnowania i opatrywania chorych i rannych, przyrządy do przenoszenia i przewożenia chorych; namioty, baraki, wagony, wozy szpitalne i rozmaite przedmioty dotyczące wojskowéj służby lekarskiéj; wreszcie przyrządy i materyjały z zakresu ratownictwa publicznego (*sauvetâge*).

IX. Niektóre inne przedmioty, które nie dały się pomieścić w powyższych działach, a mające styczność z naukami przyrodniczo-lekarskiemi.

Z uwagi, że Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiéj nie rozporządza żadnym na ten cel funduszem, koszta przesyłek ponosić muszą właściciele przedmiotów nadsyłanych; Komitet zaś ma niepłonną nadzieję, że wydatki te wrócą się nadsyłającym przemysłowcom i rękodzielnikom w skutek zwiększonego odbytu, wynikającego zazwyczaj z wystaw przemysłowych. PP. przemysłowcy i rękodzielnicy mają nadto składać za miejsce zajmowane przez wystawione przez nich przedmioty opłatę, któréj wysokość, o ile możności najniższa, późniéj zostanie ogłoszoną.

Tylko takie przesyłki będą przyjęte na wystawę, które nadejdą do Krakowa przed dniem 10 lipca b. r.; pożądaném jest jednak jak najrychlejsze ich przesyłanie w celu zamieszczenia przedmiotów w katalogu wystawy. Adresować je należy franco: Do Komitetu wystawy przyrodniczo-lekarskiéj w Sukiennicach w Krakowie.

Wszelkie zaś zgłoszenia co do przedmiotów wystawowych należy przysłać najdaléj do 20 czerwca b. r. z oznaczeniem przestrzeni zająć się mającéj pod adresem: „Muzeum techniczno-przemysłowe w Krakowie."

Kraków, dnia 14 kwietnia 1881.

W imieniu Komitetu wystawowego.

sekretarz: *Dr. Schramm.* — przewodniczący: *Dr. Adryjan Baraniecki.*

## VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Pierwszego lutego rb. oddano w Paryżu do użytku publicznego chemiczną pracownię paryskiéj prefektury policyi. W pracowni téj może każdy uzyskać bezpłatnie ogólnikową ocenę jakości towaru (pod względem jego składników). W tym celu podanéj próbki jedną połowę opieczętowują i oznaczają numerem, a drugą poddają rozbiorowi. Po zbadaniu otrzymuje interesowany orzeczenie, które dla uniknięcia możliwych nadużyć wyraża tylko numer badanego towaru i jakość jego, tę ostatnią słowami: „dobry," „zły," albo wreszcie „zfałszowany." Na podstawie niekorzystnéj oceny wolno interesowanemu zażądać szczegółowego chemicznego rozbioru, za który płaci się 10 do 20 fr. Jeżeli wynik rozbioru wskazuje oszustwo, a badany towar mógłby w razie użycia zagrażać zdrowiu, wówczas wdaje się w sprawę policyja, żąda od sprzedającego nowych próbek tego samego towaru, bada je dokładnie, a kiedy rozbiory wykazały identyczne rezultaty, przedstawia sprzedającego sądowi karnemu. — Coś podobnego zaprowadza także wiedeński magistrat przy fizykacie miejskim, laboratoryjum to ma być oddane zdolnemu chemikowi, którego zadaniem będzie badanie podejrzanych lub nadesłanych pokarmów, napoi, t. zw. tajemniczych leków, pachnideł itp. (*Czasop. Tow. aptek.* Nr. 8).

Statystyka epidemij. W tygodniu 13 (do 26 marca) ospa w Londynie nieco złagodniała. Świeżo zapadło tylko 164, leczyło się w szpitalach 894, umarło 49. W Wiedniu umarło 24, w Budapeszcie 5. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 49, z duru powrotnego 17, z duru osutkowego 53. W Krakowie umarło w 14 tygodniu (do 2 kwietnia): 1 z ospy, 3 z odry, 2 z płonicy, 1 z krztuśca, 3 z duru brzusznego, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 4 odry, 1 duru brzusznego 14 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 13 (do 26 marca) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 38,0; w Wiedniu 33,7; w Budapeszcie 30,5; w Pradze 44,4; w Berlinie 24,6; Wrocławiu 36,0; w Gdańsku 22,7; w Mnichowie 39,6; w Dreźnie 30,9; w Lipsku 21,6; w Genewie 22,8; w Brukseli 24,7; w Amsterdamie 27,3; w Hadze 27,4; Londynie 21,3; w Kopenhadze 17,7; w Stokholmie 28,7; w Chrystyjanii 26,0; w Petersburgu 56,0; w Odesie 31,6; w Wenecyi 26,3; w Bukareszcie 33,0; w Madrycie 32,7; w Barcelonie 21,7 w Aleksandryi 29,4; w Nowym Yorku 30,0; w Filadelfii 22,6; w Bombayu 32,2; w Madrasie 42,4.

*J. B*

## IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 kwietnia. Magistrat tutejszy rozpisał konkurs na posadę trzeciego lekarza miejskiego z płacą roczną 600 zła. i dodatkiem służbowym 200 zła. Ubiegający się winni do dnia 15 maja rb. wnieść do Prezydyjum Magistratu podania swoje i wykazać: wiek, miejsce urodzenia, dotychczasowe stosunki służbowe a nadto dołączyć dyplom doktorski, otrzymany na jednym z uniwersytetów Państwa austryjackiego. W ogłoszeniu konkursu nie ma wzmianki o egzaminie fizykackim; widoczna, że Magistrat tutejszy sądzi, iż rozporządzenie ministeryjalne, wydane z powodu mianowania lekarzy gminnych we Wiedniu, nie stosuje się do Krakowa. My byliśmy zdania przeciwnego a zapatrywania tego pozbyć się i teraz nie możemy pomimo ogłoszenia Magistratu naszego.

* **Wiedeń.** W nieobecności Billrotha asystent jego Dr. Wölffler wykonał 8go bm. resekcyję żołądka u kobiety 52 letniéj ze skutkiem pomyślnym, bo operowana żyje dotąd i jest wolną od wymiotów i gorączki.

Drugi, a po ustąpieniu Dra Nussera, jedyny fizyk stolicy Dr. Inhauser usuwa się od urzędu swego.

Rząd austryjacki idąc za przykładem Francyi, Włoch i Niemiec zakazał wprowadzania wieprzowiny z Ameryki północnéj (ob. Nr. 10 Przegl. Lek.)

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny w Berlinie Dr. C. A. Ewald mianowany został profesorem nadzwyczajnym tamże. — Prof. Helmholtz otrzymał dyplom honorowy doktorski uniwersytetu w Cambridge. — Dr. Wilhelm Jenner wybrany został prezydentem król. kolegijum lekarskiego w Londynie.

* **Nekrologija.** Z Berlina otrzymaliśmy smutną wiadomość o śmierci prof. Waldenburga, zmarłego dnia 14 bm. po kilkudniowéj chorobie (zapaleniu płuc) w kwiecie wieku. Zasługi naukowe prof. W. są powszechnie znane, my musimy podnieść i zasługi jego jako redaktora tygodnika *Berliner klinische Wochenschrift*, która pod jego kierownictwem zdobyła sobie pierwsze miejsce śród czasopism lekarskich.

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 16: Janiszewskiego: O działaniu kwasu pyrogallusowego w niektórych postaciach chorób skórnych (dok.); Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy w Mieni w r. 1880. (c. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Leontjewa (Z pracowni prof. Dogiela w Kazaniu): O wpływie pewnych warunków na przebieg śmierci przez zaduszenie; Heringa: O przewlekłém zapaleniu gardzieli ze szczególném uwzględnieniem t. zw. *Pharyngitidis lateralis*; Malinowskiego: Trzykrotny zator gałązek tętnicy płucnéj z pomyślnym przebiegiem.

**Piśmiennictwo lekarskie:** Dr. Wicherkiewicz: Trzecie sprawozdanie Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1881 roku. (Str. 36).

Z części administracyjnéj dowiadujemy się, że Sejm prowincyjonalny poznański przyzwolił Zakładowi 3000 marek rocznéj zapomogi „na rozszerzenie Zakładu,“ skutkiem czego pomnożono niedostateczną ilość łóżek o 8 i pielęgnowano bezpłatnie 149 ubogich chorych, poświęcając na ten cel 1574 marek (w roku poprzednim tylko 221 m.). Z końcem marca Zakład przenieść się miał do nowego, umyślnie na ten cel zbudowanego domu, w którym 40 chorych będzie mogło znaleść pomieszczenie, lubo na razie tylko 8 łóżek przybędzie. Dochody Zakładu wynosiły 10.550 m., z których jednak tylko 8.893 m. wpłynęło; rozchód wynosił 8.712 m. Klinika prywatna miała 6, klinika dla ubogich 30 łóżek.

Część lekarska zawiera utyskiwanie nad znaczném rozpowszechnieniem jaglicy w Poznańskiém, gdzie jest „plagą trapiącą najwięcéj niższe warstwy społeczeństwa, a przedewszystkiém lud wiejski,“ daléj krótkie pouczenie popularne o zołzach, będących tak częstą przyczyną zapaleń ocznych u dzieci, tudzież o objawach jaskry, z którą chorzy zgłaszają się nierzadko zapóźno, gdy już czas do operacyi stósowny minął. Następuje zestawienie leczonych chorób według pojedyńczych części oka. Wszystkich chorych leczono 2.319 (o 280 więcéj niż w r. 1879), z tych było stałych 283 (w roku poprzednim tylko 149), średnia długość pobytu w Zakładzie wynosiła 21 dni (w roku 1879 zaś 27); z osobnego wykazu wynika, że wykonano 340 większych operacyj, a między niemi 71 operacyj zaćmy, z tych 54 zaćm schyłkowych: na 28 operacyj wykonanych sposobem obwodowym linijowym Graefego wynik był 25 razy dobry, 2 razy mierny, 1 raz żaden; z 16 przypadków wydobycia z torebką odniosło 14 skutek dobry, 2 mierny.

Liczby przytoczone świadczą wymownie, jak pilnéj potrzebie odpowiedziało założenie Zakładu Dra W., a porównanie ich z liczbami lat poprzednich dowodzi, że Zakład umiał w krótkim stosunkowo czasie zjednać sobie zaufanie ciągle wzrastające, na które też w zupełności zasługuje. Miejmy razem z Drem W. nadzieję, że piękne rezultaty dotąd osiągnięte razem z uznaniem i przykładem Sejmu zachęcą i publiczność do szczodrzejszego niż dotąd materyjalnego popierania Zakładu, któremu najlepszego powodzenia i pomyślnego dalszego rozwoju życzymy. *Rydel.*

**Redakcyja** otrzymała:

Dr. Julijan KRATTER (w Gracu): Studien über Adipocire, (Separatabdruck aus der „Zeitschrift f. Biologie“ XVI, 1880) in 8vo str. 38 z 3 tablicami.

Dr. WARSCHAUER (w Krakowie): Uiber Variola. (Wykład miany w sekcyi dla chorób dzieci. 53go Zjazdu lekarzy i przyrodników niem. w Gdańsku. Osobne odbicie z Allg. W. med. Ztg.) in 8vo str. 15.

Dr. M. ZIELENIEWSKI: O ruchu i rozwoju c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy od r. 1873 do 1877 r., Warszawa 1879, in 8vo str. 76.

Tegoż: Przewodnik p. t. „Statystyczno-lekarski opis c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy w 3 językach (niemieckim, francuskim i polskim), in 4to str. 4. Kraków.

**Do Nru dzisiejszego dołącza się: zawiadomienie o zakładzie wodoleczniczym w Weidlingau.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.